

**EVALUASI PROGRAM PELAYANAN
KESEHATAN DALAM MENINGKATKAN
KUALITAS PELAYANAN BERBASIS “*HOME
CARE*”**

(Studi pada UPTD Puskesmas Turen Kabupaten Malang)

SKRIPSI

Garnis Mega Purwantika

145030101111008



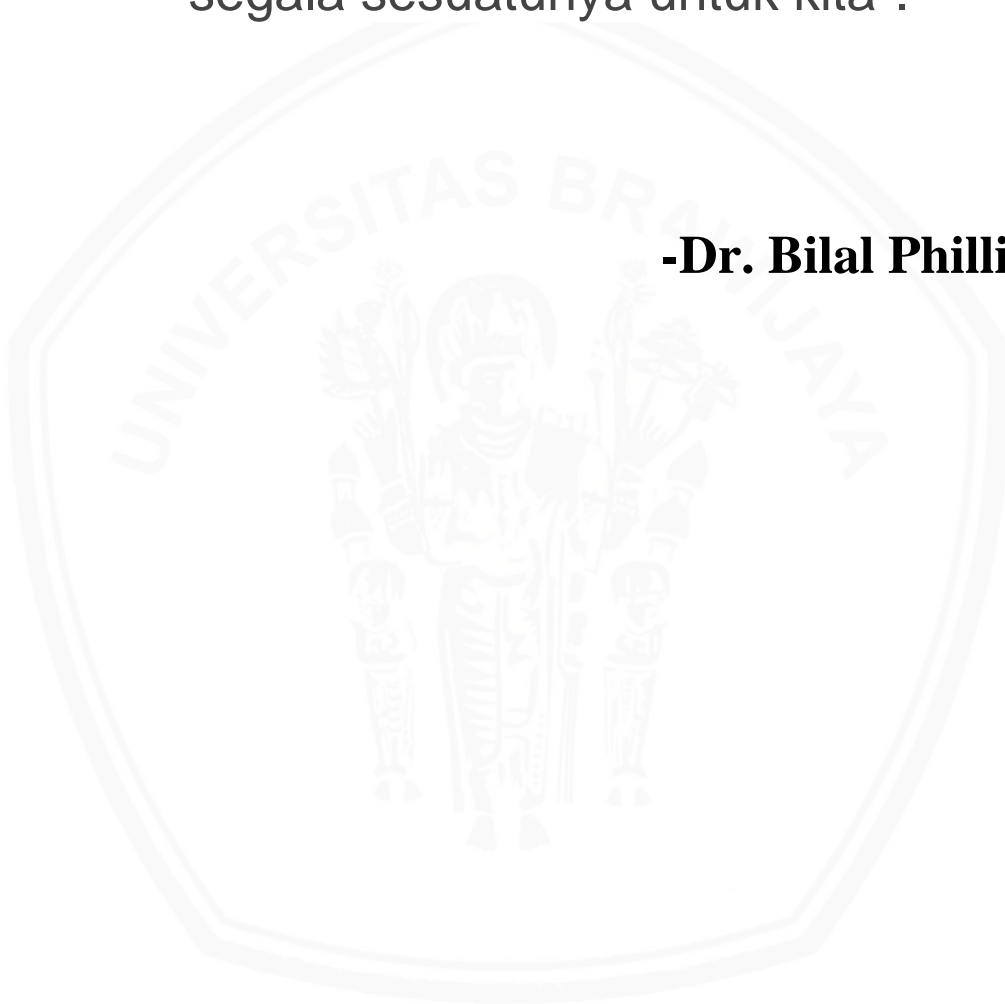
Dosen Pembimbing:
Drs. Abdul Wachid, M. AP
Rendra Eko Wismanu, S. AP, M. AP

**UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK
MALANG
2018**

MOTTO

“Saat kita memperbaiki hubungan dengan Allah, niscaya Allah akan memperbaiki segala sesuatunya untuk kita”.

-Dr. Bilal Phillips-



TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI

Judul : Evaluasi Program Pelayanan Kesehatan dalam
Meningkatkan Kualitas Pelayanan Berbasis "Home Care"
(Studi pada UPTD Puskesmas Turen Kabupaten Malang)

Disusun oleh : Garnis Mega Purwantika

NIM : 145030101111008

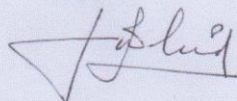
Fakultas : Ilmu Administrasi

Program Studi : Ilmu Administrasi Publik

Malang, 5 April 2018

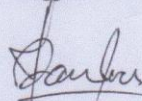
Komisi Pembimbing

Ketua



Drs. Abdul Wachid, M. AP
NIP. 19561209 198703 1 008

Anggota



Rendra Eko Wismanu, S. AP, M. AP
NIP. 20110785 1214 1 001

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam naskah skripsi ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh pihak lain untuk mendapatkan karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebut dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila didalam naskah skripsi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur jiplakan, saya bersedia skripsi ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (S-1) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003, Pasal 25 ayat 2 dan Pasal 70).

Malang, 28 Maret 2018

Mahasiswa



Nama : Garnis Mega Purwantika

NIM : 145030101111008

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

Telah dipertahankan di depan majelis penguji skripsi Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya, pada :

Hari : Kamis
Tanggal : 26 April 2018
Waktu : 10.35 - 11.35 WIB
Skripsi Atas Nama : Garnis Mega Purwantika
Judul : Evaluasi Program Pelayanan Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Berbasis "Home Care" (Studi pada UPTD Puskesmas Turen Kabupaten Malang)

Dan dinyatakan LULUS

MAJELIS PENGUJI

Ketua



Dr. Abdul Wachid, M.AP
NIP. 19561209 198703 1 008

Anggota



Rendra Eko Wismanu, S.AP. M. AP
NIP. 20110785 1214 1 001

Anggota



Dr. Hermawan, S.IP. M.Si
NIP. 19720405 200312 1 001

Anggota



Dr. Ratih Nur Pratiwi, M.Si
19530807 197903 2 001

PERSEMBAHAN

*Alhamdulillah atas segala Rahmad dan
Ridho ALLAH SWT*

*Untuk kedua orang tua ku, Bapak
Suwoto dan Ibu Muji Puryani yang
selalu memberi motivasi dan
mendampingi ku disaat suka dan duka,
Untuk yang selalu ku sayangi, Adik
Laki-lakiku Bentar Arya Yudistira dan
Satria Arya Ramadhani...
serta
Untuk Sahabat Teman-teman ku...
Dan
Almamater FIA UB*

Garnis Mega Purwantika, 2018. **Evaluasi Program *Home Care* Permata dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan di UPTD Puskesmas Turen Kabupaten Malang**. Jurusan Administrasi Publik, Fakultas Ilmu Administrasi, Universitas Brawijaya. Ketua Pembimbing: Drs. Abdul Wachid, M.AP, Anggota: Rendra Eko Wismanu, S.AP M.AP. 130 halaman.

RINGKASAN

Program *home care* di prakarsai oleh Unit Pelaksanaan Teknis Daerah (UPTD) Puskesmas Turen dr. Didik Sulistyanto untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Turen menanamkan pola pikir dari paradigma sakit menjadi paradigma sehat sebagai wujud menjalankan amanah Peraturan Menteri Kesehatan No 75 Tahun 2014. Dalam pelaksanaan program *home care* permata tidak selalu berjalan dengan lancar, kegiatan program *home care* dalam perjalanannya mengalami kendala-kendala yang menghambat program tersebut seperti kurang mendapat respon yang baik oleh masyarakat, terkadang masih ada masyarakat yang tidak mau dikunjungi Karena alasan tertentu, serta kurangnya sumber daya petugas kesehatan dan juga keterbatasan waktu. Kemajuan setiap kegiatan akan terlihat manakala dilakukan evaluasi terhadap kegiatan tersebut. Tujuan penelitian adalah Untuk mengetahui, mendeskripsikan dan menganalisis evaluasi pelaksanaan program *home care* permata dalam meningkatkan kualitas pelayanan di Puskesmas Turen Kabupaten Malang serta faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan program *home care* permata di UPTD Puskesmas Turen.

Peneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Data yang diperoleh melalui observasi, wawancara dan dokumentasi di lapangan. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah model interaktif yang dikembangkan oleh Miles, Huberman dan saldana yaitu data collection, Kondensasi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan.

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa pelaksanaan program *home care* permata belum terlaksana secara optimal. Pelaksanaan program *home care* permata di UPTD Puskesmas Turen terbilang sudah baik tetapi belum optimal, karena dari beberapa ruang lingkup kegiatan ada beberapa yang sudah teralisasi dengan baik seperti sasaran dari program *home care* permata, *ouput* serta *outcome* dari program *home care* permata. Namun ada juga yang beberapa yang masih belum terlaksana secara optimal seperti proses pelaksanaan program *home care* permata yang masih terdapat hambatan, serta merubah midset masyarakat paradigma sakit menjadi paradigma sehat.

Saran dari penelitian ini sebaiknya menambah jumlah petugas sehingga pelayanan yang diberikan dapat dirasa secara maksimal oleh masyarakat serta sebaiknya perlu meningkatkan sosialisasi program, serta terus menjalin komunikasi yang intensif kepada masyarakat agar lebih sadar untuk meningkatkan kesehatan melalui program *home care* permata.

Kata Kunci: Evaluasi Program, Kualitas Pelayanan, Program *Home Care* Permata

Garnis Mega Purwantika. 2018. **Evaluation of Home Care Program in Improving Quality of Service at UPTD Puskesmas Turen Malang Regency.** Public Administration Department, Faculty of Administration. Head of lecturer: Drs. Abdul Wachid, M.AP, Anggota: Rendra Eko Wismanu, S.AP, M.AP. 130 pages.

SUMMARY

Home Care is a program which owned by Unit Pelaksanaan Teknis Daerah (UPTD) Puskesmas Turen. dr. Didik Sulistyanto has a goal to give health service for Turen's citizen, so that Puskesmas Turen can operate maximally. According to dr. Didik Sulistyanto, Puskesmas has a goal to increase people's awareness of health. Puskesmas is not a hospital which can accomodate people who are sick. By having Puskesmas, the number of sick people should have been decreased. dr. Didik Sulistyanto stimulates a mindset from sick paradigm to healthy paradigm as a result of Peraturan Menteri Kesehatan No 75 Tahun 2014. In the implementation of home care program of gems do not always run smoothly, home care program activities in its journey experience the constraints yan menghambat the program such as lack of good response by the community, terkadang there are people who do not want dikunjungi Because of certain alasan, power of health workers and also time constraints. Progress of each activity will be seen when the evaluation of these activities.

The objective of this study is to disclose, describe, and analyze the implementation of Home Care Program Puskesmas Turen, Kabupaten Malang, and the supporting and obstacle factors of Home Care Permata Program in UPTD Puskesmas Turen. Descriptive qualitative approach is used by the researcher in this study. The data are collected by using observation, interview, and documentation in field. Data analysis used in this study is interactive model which is developed by Miles, Huberman, and Saldana. It is data condensation, presentation, and drawing a conclusion.

The finding of this study shows that implementation of Home Care Permata Program is not yet optimally occurred. The implementation of Home Care Permata Program in UPTD Puskesmas Turen is good enough, yet less optimal, because there are only some of the scopes which are implemented in a good way, like the target, output, and also outcome from Home Care Permata Program. However, there are also some of the scopes which is not yet covered optimally, like the process of implementing Home Care Permata Program that still has many obstacles, and also changing the society mindset, sick paradigm to health paradigm.

Suggestions from this research should increase the number of officers so that the services provided can be felt maksimal by the community and should increase the socialization of the program, and continue to establish intensive communication to the public to be more aware to improve health by using Home Care Permata Program to the society.

Keywords: Program Evaluation, Service Quality, Home Care Permata Program

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT tempat meminta dan memohon pertolongan. Sholawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW, suri tauladan bagi umat manusia. Syukur Alhamdulillah penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **Evaluasi Program *Home Care* Permata dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan di UPTD Puskesmas Turen Kabupaten Malang** Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan untuk memenuhi syarat dalam memperoleh gelar Sarjana Ilmu Administrasi Publik pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.

Kemampuan penulis dalam menyelesaikan skripsi ini tidak akan pernah terlepas dari bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Bambang Supriyono, M.S selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang
2. Bapak Drs. Andy Fefta Wijaya, MDA, Ph. D selaku Ketua Jurusan Administrasi Publik
3. Bapak Dr. Fadillah Amin, M.AP.,Ph.D selaku Ketua Prodi Administrasi Publik
4. Bapak I Gede Eko Putra Sri Sentanu, S.AP.,M.AP Ph.Dselaku Sekretaris Prodi Administrasi Publik

5. Drs. Abdul Wachid, M. AP selaku Komisi Ketua Pembimbing yang telah bersedia mengarahkan, mendukung, dan membimbing penulis dalam menyelesaikan skripsi ini dengan baik
6. Rendra Eko Wismanu, S.AP., M.AP selaku Anggota Komisi Pembimbing yang telah bersedia mengarahkan, mendukung, dan membimbing penulis dalam menyelesaikan skripsi ini dengan baik
7. Seluruh Dosen dan Pengajar di Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya yang telah memberikan banyak ilmu dan wawasan selama menjalani studi
8. dr. T Priyatno Notohusiodo selaku Kepala UPTD Puskesmas Turen Kabupaten Malang yang memberikan informasi tentang pelaksanaan program *Home Care* Permata.
9. Dita Trisna N selaku perawat koordinator program *home care* permata juga seluruh pegawai dan komponen yang ada di UPTD Puskesmas Turen yang telah membantu penulisan dalam penelitian di lapangan
10. Sahabatku yaitu Mira, Ade, Amal, Eva serta teman-teman Administrasi Publik 2014 yang tidak dapat disebutkan satu-persatu yang telah memberikan semangat, doa serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini
11. Keluarga Besar HMI FIA UB, khususnya teruntuk Forsilader 2014 dan kakak-kakak serta adik-adik kader yang telah memberikan semangat dan doa kepada penulis
12. Teman – teman kos siluet yang telah memberikan semangat dan doa kepada penulis
13. Bagi semua pihak yang telah membantu dan berkontribusi dalam penyusunan skripsi ini.

Demi kesempurnaan skripsi ini, saran kritik yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan. Semoga karya ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi pihak yang membutuhkan.

Malang, 3 April 2018

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
MOTTO	ii
TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI	iii
PERNYATAAN ORISINILITAS SKRIPSI.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI	v
PERSEMBAHAN	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	
LAMPIRAN.....	

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Kontribusi Penelitian	10
E. Sistematika Pembahasan.....	10

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Administrasi Publik	13
1. Pengertian Administrasi Publik	13
2. Administrasi Publik dan Pelayanan Publik.....	14
B. Pelayanan Publik	15
1. Pengertian Pelayanan Publik	15
2. Prinsip Pelayanan Publik	16
3. Kualitas Pelayanan Publik	18
C. Pelayanan Kesehatan	21
1. Definisi Pelayanan Kesehatan	21
2. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan	23
D. Implementasi Program.....	29

1. Pengertian Program	29
2. Konsep Implementasi Program	32
3. Model Implementasi Program	35
E. Evaluasi Program	36
1. Pengertian Evaluasi Program	36
2. Kriteria Evaluasi Program	38
3. Tujuan dan Manfaat Evaluasi Program	42
4. Ciri-Ciri Evaluasi Program	43
5. Tipe-tipe Evaluasi Program	44
F. <i>Home Care</i>	46
1. Pengertian Home Care	46
2. Tujuan dan Lingkup Pelaksanaan <i>Home Care</i>	47
3. Dasar Hukum dalam Pelaksanaan <i>Home care</i>	48
4. Unsur Pelaksanaan <i>Home Care</i>	49

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	51
B. Fokus Penelitian	52
C. Lokasi dan Situs Penelitian	53
D. Sumber Data	54
E. Teknik Pengumpulan Data	55
F. Instrumen Penelitian	57
G. Analisis Data	58

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi dan Situs Penelitian	61
B. Gambaran Umum Kecamatan Turen	70
C. Gambaran Umum UPTD Puskesmas Turen	73
D. Gambaran Umum Pogram <i>Home Care</i> Permata	81
1. Latar Belakang program <i>Home Care</i> permata	81
2. Pengorganisasian <i>Home Care</i> Permata	84
3. Sumber Dana	87
4. Standar Operasional Prosedur <i>Home Care</i>	88
E. Penyajian Data	90
1. Evaluasi Pelaksanaan Program <i>Home Care</i> Permata	90
2. Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan <i>Home Care</i> Permata	111
F. Analisis Data dan Pembahasan	115
1. Evaluasi Pelaksanaan Program <i>Home Care</i> Permata	115
2. Faktor Pendukung dan Penghambat	123

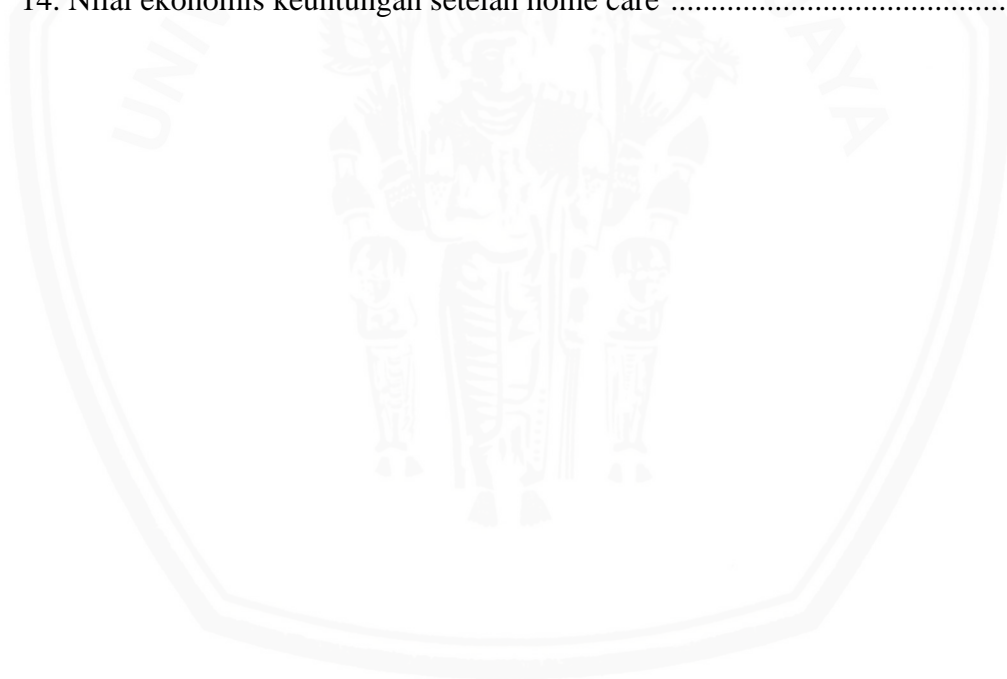
BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	127
B. Saran	130

DAFTAR PUSTAKA	132
-----------------------------	------------

DAFTAR TABEL

No. Judul	Hal
1. Jumlah Penyakit Teratas di UPTD Puskesmas Turen.....	8
2. Sumber Daya Dinas Kesehatan di Kabupaten Malang	68
3. Sumber Daya Kesehatan Rumah Sakit di Kabupaten Malang.....	69
4. Fasilitas Kesehatan Kabupaten Malang	69
5. Sumber Daya dan Fasilitas Kesehatan Kecamatan Turen	72
6. Jumlah Pegawai UPTD Puskesmas Turen	79
7. Nama Bidan dan Perawat Desa Home Care.....	86
8. Rincian Dana Home Care.....	89
9. Home care dan home visit yang sudah dilakukan.....	100
10. Jenis kasus yang sudah dilaksanakan home care tahun 2015-2017	101
11. Contoh kasus penyakit rawat inap	103
12. PHBS sebelum dan sesudah dilakukan kunjungan	104
13. Sanitasi lingkungan sebelum dan sesudah dilakukan kunjungan.....	104
14. Nilai ekonomis keuntungan setelah home care	105



DAFTAR GAMBAR

No. Judul	Hal
1. Rangkaian implementasi kebijakan.....	30
2. Model kesesuaian implementasi program.....	33
3. Model analisis data interaktif	60
4. Peta Kabupaten Malang	61
5. Peta Kecamatan Turen	70
6. Wilayah kerja UPTD Puskesmas Turen.....	74
7. Jenis layanan dan jadwal pelayanan UPTD Puskesmas Turen	77
8. Komitmen pegawai UPTD Puskesmas Turen.....	80
9. Apresiasi program home care permata.....	83
10. Struktur organisasi pelaksanaan program home care permata.....	84
11. Alur pikir home care permata	94
12. Contoh inform consent home care permata	98
13. Alur layanan home care	99
14. Alur layanan home care	107
15. Kegiatan home care dan penghargaan home care	108
16. Alat kesehatan pelaksanaan home care permata	109
17. Lokakarya mini lintas sektor puskesmas turen	110
18. Alat kesehatan home care	113

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kewajiban Negara salah satunya adalah melayani setiap warga Negara dan penduduk untuk memenuhi hak dan kebutuhan dasarnya dalam kerangka pelayanan publik yang merupakan amanat Undang- Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Hal ini sesuai dengan salah satu fungsi utama yang harus dijalankan pemerintah yaitu fungsi pelayanan publik (*public service function*). Menurut Thoha seperti dikutip dalam Sedarmayanti (2010 : 243), “Pelayanan publik merupakan usaha yang dilakukan seseorang atau kelompok orang atau instansi tertentu untuk memberikan bantuan dan kemudahan kepada masyarakat dalam mencapai tujuan”. Sedangkan dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik disebutkan bahwa, “Pelayanan publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga Negara dan penduduk atas barang, jasa dan/atau pelayanan administrative yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik”. Undang-Undang tersebut juga menjelaskan bahwa Pemerintah sebagai penyelenggara pelayanan publik memiliki kewajiban untuk :

- a. Menyusun dan menetapkan standar pelayanan
- b. Menyusun, menetapkan dan mempublikasikan maklumat pelayanan
- c. Menempatkan pelaksana yang kompeten
- d. Menyediakan sarana, prasarana dan/atau fasilitas pelayanan publik yang mendukung terciptanya iklim pelayanan yang memadai
- e. Memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan asas penyelenggaraan pelayanan publik
- f. Melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan

- a. Berpartisipasi aktif dan mematuhi dengan peraturan perundang-undangan yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan publik.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 membagi lima jenis pelayanan publik yaitu :

1. Pelayanan administrative, yaitu pelayanan yang diberikan oleh unit.
2. Pelayanan berupa kegiatan pencatatan, penelitian, pengambilan keputusan, dokumentasi dan kegiatan tata usaha lainnya secara keseluruhan menghasilkan produk akhir berupa dokumen, misalnya sertifikat, ijin-ijin, rekomendasi, keterangan tertulis lainnya.
3. Pelayanan barang, yaitu pelayanan yang diberikan oleh unit pelayanan berupa kegiatan penyediaan dan pengelolaan bahan berwujud fisik termasuk distribusi dan penyampaian kepada konsumen langsung (sebagai unit atau sebagai individual) dalam satu sistem. Secara keseluruhan kegiatan tersebut menghasilkan produk akhir berwujud benda (berwujud fisik) atau yang dianggap benda yang memberikan nilai tambah secara langsung bagipenerimaanya.
4. Pelayanan jasa, yaitu pelayanan yang diberikan oleh unit pelayanan berupa penyediaan sarana dan prasarana serta penunjangnya. Pengoprasiannya berdasarkan suatu sistem pengoprasian tertentu dan pasti, produk akhirnya berupa jasa yang mendatangkan manfaat bagi penerimaanya secara langsung dan habis terpakai dalam jangka waktu tertentu.
5. Pelayanan regulative, yaitu pelayanan melalui penegakan hukum dan peraturan perundang-undangan, maupun kebijakan publik yang mengatur sendi-sendi kehidupan masyarakat.

Jenis pelayanan publik salah satunya ialah pelayanan kesehatan (termasuk dalam pelayanan jasa). Pelayanan kesehatan menurut Levey dan Loomba yang dikutip dalam azwar (1996 : 35) dijelaskan bahwa, “Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggrakan secara mandiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok maupun masyarakat”.³

Tujuan dari pelayanan kesehatan adalah memenuhi kebutuhan individu atau masyarakat dalam mengatasi, menetralisasi atau menormalisasi semua

masalah atau semua penyimpanan yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat. Undang-Undang Dasar Negara Indonesia Tahun 1945 mengamanatkan bahwa kesehatan merupakan salah satu aspek dari hak asasi manusia sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 28 Ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yakni “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Pelayanan kesehatan di Indonesia masih jauh dari kata memuaskan. Ini karena masih sering dijumpai kasus-kasus tentang buruknya pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit ataupun puskesmas. Salah satu contoh buruknya pelayanan kesehatan di Indonesia adalah kasus bayi Debora yang meninggal di rumah sakit akibat tidak segera dilakukan perawatan yang intensif karena tidak memiliki biaya untuk membayar perawatan di ruang *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU) sebesar Rp 19.800.000. hal ini dapat dilihat dalam kutipan berita *online* Kompas.com berikut ini :

Jakarta, 9 September 2017 - Namanya Tiara Debora, bayi mungil yang bernasib malang, putri kelima pasangan Henny Silalahi dan Rudianto Simanjorang, warga Jalan Jaung, Benda, Tangerang. Nyawa Debora tak dapat diselamatkan meski kedua orangtuanya telah membawanya ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Kalideres yang letaknya tak jauh dari rumahnya Minggu (3/9/2017) lalu. Sebelumnya, Debora sudah seminggu terserang flu disertai batuk. Ibunda Tiara, Henny, sempat membawa Debora ke RSUD Cengkareng untuk pemeriksaan. Dokter di sana kemudian memberinya obat dan nebulizer untuk mengobati pilek Debora. Kondisi Debora semakin parah Sabtu (2/9/2017) malam. Ia terus mengeluarkan keringat dan mengalami sesak nafas. Kedua orangtua Debora pun membawanya ke RS 4 Mitra Keluarga Kalideres dengan menggunakan motor. Tiba di rumah sakit, dokter jaga saat itu langsung melakukan pertolongan pertama dengan melakukan penyedotan (*suction*). Memperhatikan kondisi Debora yang menurun, dokter menyarankan

dirawat di ruang *pediatric intensive care unit* (PICU). Dokter pun menyarankan orang tua Tiara untuk mengurus administrasi agar putrinya segera mendapatkan perawatan intensif. Karena rumah sakit tersebut tak melayani pasien BPJS, maka Rudianto dan Henny harus membayar uang muka untuk pelayanan itu sebesar Rp 19.800.000. Namun Rudianto dan Henny hanya memiliki uang sebesar Rp 5 juta dan menyerahkannya ke bagian administrasi. Namun ternyata uang tersebut ditolak meski Rudianto dan Henny telah berjanji akan melunasinya segera. Pihak rumah sakit sempat merujuk Debora untuk dirawat di rumah sakit lain yang memiliki instalasi PICU dan menerima layanan BPJS. Setelah menelpon ke sejumlah rumah sakit, Rudianto dan Henny tak juga mendapatkan ruang PICU kosong untuk merawat putrinya. Kondisi Tiara terus menurun hingga akhirnya dokter menyatakan bayi mungil tersebut meninggal dunia. Rudianto dan Heni sangat terpukul atas meninggalnya Debora. Mereka tak terima dengan perlakuan pihak rumah sakit terhadap putri mungil mereka. Usai mengurus administrasi rumah sakit, Rudianto dan Henny membawa pulang jenazah putrinya dengan menggunakan sepeda motornya.

Contoh kasus diatas merupakan salah satu dari sekian banyak kasus buruknya pelayanan kesehatan di Indonesia. Pemberian layanan kesehatan yang baik merupakan kewajiban pemerintah sebagai penyelenggara Negara tanpa melihat status sosial seperti yang diungkapkan oleh Tjahjono Koencoro (2011 : 1) yang menyatakan bahwa “Masyarakat berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal sesuai dengan kebutuhan tanpa membedakan status social. Untuk itu, pemerintah mempunyai kewajiban untuk dapat mengendalikan dan menyempurnakan pelayanan yang disediakan kepada masyarakat”.

Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan salah satunya adalah melalui program “Home Care Permata”. Sebagai contoh, salah satu puskesmas di Indonesia yang melakukan pelayanan kesehatan dengan pola *home care* adalah puskesmas Kassa-Kassi di Kota Makasar. Dalam pelaksanaannya, program *home care* tidak memandang status warga. Siapapun

warga Makassar yang menghubungi *call canter home care* Puskesmas terdekat dari rumahnya akan didatangi tim medis reaksi cepat sesuai dengan kondisi penyakit warga. Selain menunggu telepon dari warga yang membutuhkan layanan kesehatan, tim *home care* juga akan melayani perawatan pasien pasca operasi, setelah pihak rumah sakit menginformasikan ke Dinas Kesehatan Makassar yang kemudian meneruskan ke puskesmas terdekat dari rumah warga yang sakit. seperti yang di kutip dalam berita *online* detiknews.com berikut ini:

Makassar, 30 Mei 2017 – “warga yang kami layani dengan program *home care* hanya untuk kondisi tidak memungkinkan, seperti tidak bisa bangun, pasien lansia, pasien pasca operasi atau pasca *kemothorapy* dan semua kalangan, kaya atau miskin dan segala usia. Tim medis yang datang ke rumah warga terdiri dari perawat, dokter atau bidan, tergantung kebutuhan pasien dengan menggunakan mobil ambulance mini Dottorota yang dilengkapi dperawatan dan obat-obatan standar. Setelah itu, dokter yang akan memeriksa kondisi pasien untuk menentukan tindak lanjut perawatan pasien untuk dirawat di puskesmasatau rumah sakit. Jika tidak membutuhkan perawatan serius, warga hanya diedukasi untuk memeriksakan kesehatannya di puskesmas”

Home Care (kunjungan rumah) adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan di rumah pasien. Selain itu, berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI 5 No.279/Menkes/SK/IV/2006 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas, *home care* merupakan salah satu bentuk kegiatan dari perkesmas (Perawatan Kesehatan Masyarakat) sehingga wajib untuk dilaksanakan oleh puskesmas sebagai organisasi fungsional yang memberikan pelayanan kesehatan.

Pengertian perkesmas yang diungkapkan oleh Ayu Henny Achjar (2010 : 101), merupakan bagian integral dari upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan. Upaya perkesmas dilakukan secara terpadu baik kesehatan

perorangan maupun kesehatan masyarakat melalui enam upaya kesehatan wajib puskesmas (promosi kesehatan, KIA/KB, gizi, P2M, kesehatan lingkungan dan pengobatan) maupun upaya kesehatan pengembangan yang wajib dilaksanakan di daerah tertentu. Sasaran prioritas puskesmas adalah sasaran yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/kota sesuai kesepakatan daerah, dengan tetap memfokuskan pada keluarga rawan kesehatan yaitu keluarga (miskin) dan keluarga dengan masalah resiko tinggi. Adapun bentuk kegiatan kegiatan perkemas antara lain:

1. Asuhan keperawatan pasien (prioritas) seperti
 - a. Pengkajian keperawatan pasien sebagai deteksi dini
 - b. Penyuluhan kesehatan
 - c. Tindakan keperawatan (*direct care*)
 - d. Konseling keperawatan
 - e. Pengobatan
 - f. Rujukan pasien/masalah kesehatan 6
 - g. Dokumentasi keperawatan
2. Kunjungan rumah oleh perawat (*home care*)

Program *home care* di prakarsai oleh Unit Pelaksanaan Teknis Daerah (UPTD) Puskesmas Turen dr. Didik Sulistyanto pada tahun 2014 untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Turen agar puskesmas berfungsi secara ideal. Menurutnya, puskesmas sebaiknya menyadarkan masyarakat mengenai kesehatan. Puskesmas bukan seperti rumah sakit yang menampung orang-orang sakit. Dengan adanya puskesmas, seharusnya semakin

sedikit orang yang sakit. dr. Didik Sulistyanto melakukan upaya menanamkan pola pikir dari paradigma sakit menjadi paradigma sehat sebagai wujud menjalankan amanah Peraturan Menteri Kesehatan No 75 Tahun 2014.

Home care dilaksanakan dengan mendatangi rumah pasien *pasca* rawat di Puskesmas untuk memberikan konseling, informasi, dan edukasi pada pasien dan keluarga bagaimana merawat dan menjaga supaya penyakitnya tidak kambuh lagi. Selain mendatangi rumah pasien, program ini juga memberikan edukasi tentang jamban sehat dan rumah sehat. Program tersebut juga memperoleh penghargaan sebagai *Top Inovasi Pelayanan Publik 2016* yang diselenggarakan oleh kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (KEMENPAN RB) seperti yang dikutip berita *online* Malang Voice berikut ini :

Malang, 17 Maret 2016 – “Program *home care* (kunjungan rumah) Permata yang digalakkan UPTD Puskesmas Turen di bawah naungan Dinas Kesehatan Kabupaten Malang mendapat apresiasi dari Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi sebagai satu layanan publik yang masuk 99 inovasi layanan publik terbaik 2016. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, Abdurrahman menjelaskan, *home care* merupakan program layanan rumah oleh puskesmas di wilayah Kabupaten Malang sejak 2014 yang ditujukan untuk masyarakat yang terkendala tidak bisa datang ke puskesmas karena beberapa hal, diantaranya usia terlalu tua atau memiliki penyakit kronis” (Malang Voice).

Sebelum berganti nama menjadi program *home care* permata, pelaksanaan program kunjungan rumah dinilai kurang efektif dan memiliki banyak kelemahan. Hal ini dapat dibuktikan dengan tingkat kunjungan pasien ke UPTD Puskesmas Turen tiap tahun cenderung meningkat sementara kapasitas atau daya tampung puskesmas sangat minim. Selain itu juga, pelaksanaan program *home care* tidak dapat menurunkan angka kesakitan yang didominasi oleh 8 penyakit terbanyak

sejak tahun 2012 hingga tahun 2013. Hal itu dapat dilihat pada table 1 dibawah ini:

Tabel .1 jumlah penyakit teratas yang biasa dialami pasien UPTD Puskesmas Turen pada Tahun 2012 hingga Tahun 2016

NO	Penyakit	Sebelum <i>Home Care</i>		Sesudah <i>Home Care</i>		
		2012	2013	2014	2015	2016
1	<i>Common cold</i>	14.062	15.318	14.753	13.561	10.153
2	<i>Pharyngitis</i>	4.400	4.335	3.662	3.249	2.986
3	<i>Artharitis</i>	3.427	3.913	3.466	3.108	2.884
4	<i>Gastritis</i>	3.065	3.613	3.602	3.432	3.278
5	<i>Hipertensi</i>	3.224	3.563	2.763	2.412	2.067
6	<i>Diare</i>	2.875	2.683	2.222	2.037	1.958
7	<i>Typoid</i>	2.729	2.657	1.884	1.764	1.420

Sumber : Data Sekunder Hasil Penelitian (Dokumen UPTD Puskesmas Turen 2018)

Program *Home Care* Permata dibentuk sebagai pelayanan publik maka sudah pasti yang menjadi faktor penting dalam keberhasilan program adalah masyarakat. Dalam pelaksanaan program *home care* permata tidak selalu berjalan dengan lancar, kegiatan *home care* permata dalam perjalanannya mengalami kendala-kendala yang menghambat program tersebut seperti kurang mendapat respon yang baik oleh masyarakat, terkadang masih ada masyarakat yang tidak bersedia dikunjungi karena alasan tertentu, serta kurangnya sumber daya petugas kesehatan dan juga keterbatasan waktu. Kemajuan setiap kegiatan akan terlihat manakala dilakukan evaluasi. Evaluasi program merupakan metode sistematis untuk mengumpulkan, menganalisis, dan memakai informasi untuk menjawab pertanyaan dasar mengenai program. Evaluasi program dapat dikelompokkan menjadi evaluasi proses (*process evaluation*), evaluasi manfaat (*outcome*

evaluation) dan evaluasi akibat (*impactevaluation*). Evaluasi proses meneliti dan menilai apakah target populasi yang direncanakan telah dilayani. Evaluasi ini juga menilai mengenai strategi pelaksanaan program. Evaluasi manfaat meneliti, menilai, dan menentukan apakah program telah menghasilkan perubahan yang diharapkan. Berdasarkan pemaparan yang tersaji diatas, maka penulis terdorong untuk melakukan studi dengan mengangkat judul : **“Evaluasi Program Pelayanan Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Berbasis “Home Care” (Studi pada UPTD Puskesmas Turen Kabupaten Malang)”**

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, perumusan masalah yang diambil dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana evaluasi program *home care* permata dalam meningkatkan kualitas pelayanan di Puskesmas Turen Kabupaten Malang?
2. Apa saja faktor pendukung dan penghambat program *home care* permata dalam meningkatkan kualitas pelayanan di Puskesmas Turen Kabupaten Malang?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian yang dilakukan adalah :

1. Untuk mengetahui, mendeskripsikan dan menganalisis evaluasi pelaksanaan program *home care* permata dalam meningkatkan kualitas pelayanan di Puskesmas Turen Kabupaten Malang.

2. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis faktor-faktor yang mendukung serta menghambat dari pelaksanaan program *home care* permata dalam meningkatkan kualitas pelayanan di Puskesmas Turen Kabupaten Malang.

D. Kontribusi Penelitian

Hasil dari adanya program penelitian tentang penerapan program *home care* permata diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan di bidang kesehatan ini dapat memberikan kontribusi baik secara akademik maupun praktis serta berguna bagi pihak terkait antara lain :

1. Kontribusi Teoritis :

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi bagi penelitian yang serupa yang akan datang, dan dapat digunakan sebagai pengembang ilmu administrasi publik khususnya pelayanan publik di bidang kesehatan

2. Kontribusi Praktis

- a. Sebagai bahan masukan dan rekomendasi bagi pemerintah (terutama bagi *stakeholder* seperti Dinas Kesehatan dan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.
- b. Sebagai bahan diskusi bagi akademisi, praktisi dan peminat administrasi publik.

E. Sistematika Penulisan

Skripsi ini akan disajikan dalam lima pokok bahasan yang semuanya merupakan satu kesatuan, diantaranya:

BAB 1 PENDAHULUAN

Pada Bab I ini terdiri dari lima sub bab. Pertama, mendiskripsikan Latar Belakang. Kedua, Perumusan Masalah Penelitian. Ketiga, Tujuan Penelitian. Keempat, Kontribusi Penelitian. Kelima Sistematika Pembahasan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab II menjelaskan dan mencantumkan teori-teori yang berkaitan dengan topik penelitian *pertama*, pengertian administrasi publik, pelayanan publik. *Kedua*, Pengertian kebijakan publik, evaluasi kebijakan publik. *Ketiga* program *home care* permata dan Puskesmas.

BAB III METODE PENELITIAN

Pada bab III ini menjelaskan dan menggambarkan jenis penelitian, faktor penelitian, lokasi atau situs penelitain, jenis data dan sumber data, teknik yang dipakai pada proses pengumpulan data, analisis data serta instrument penelitian.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHSAN

Pada bab IV ini menyajikan hasil penelitian meliputi penyajian data fokus penelitian dan analisis data yang diperoleh selama penelitian dan merupakan jawaban dari pertanyaan yang terdapat pada rumusan masalah.

BAB V PENUTUP

Dalam bab ini menjelaskan tentang kesimpulan dari hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan serta memberikan saran terkait masalah-masalah yang ditemukan pada saat penelitian



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Administrasi Publik

1. Pengertian Administrasi Publik

Administrasi publik sering disebut juga Administrasi Negara. Namun melihat kata publik tersebut, publik memiliki makna yang lebih luas dari Negara. Kata publik tidak hanya mencakup lingkup Negara saja tetapi juga mencakup masyarakat luas dan lingkungannya. Seringkali juga Administrasi Publik dikatakan sebagai birokrasi. Untuk dapat lebih memahami Administrasi Publik dapat dilihat dari pendapat para pakar administrasi publik. Beberapa definisi dari administrasi publik adalah:

1. Menurut Zauhar (2006:6) administrasi merupakan unsur mutlak yang harus ada dalam setiap usaha kelompok dan menandai setiap usaha pencapaian tujuan secara kolektif. Dalam konteks pemerintahan, istilah administrasi publik merupakan istilah yang sering digunakan. Ruang lingkupnya yang luas mencakup ilmu social dan ilmu social lainnya
2. Menurut Gordon seperti yang dikutip oleh Sjamsiar Sjamsuddin (2006 : 116) administrasi publik merupakan seluruh proses baik yang dilakukan oleh organisasi maupun perorangan yang berkaitan dengan penerapan atau pelaksanaan hukum dan peraturan yang dikeluarkan oleh badan-badan legislative, eksekutif dan peradilan.

1. Menurut Barton dan Chappel dalam Keban (2004 : 5) melihat administrasi publik sebagai *of the work of government* atau pekerjaan yang dilakukan oleh pemerintah.

Pendapat-pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa administrasi publik merupakan proses kerjasama yang dilaksanakan oleh sekelompok orang (masyarakat) atau lembaga pemerintah yang ada pada sebuah Negara yang bertujuan memenuhi kebutuhan masyarakatnya dan memecahkan masalah – masalah yang ada di dalam masyarakat dengan cara melakukan kebijakan publik atau membuat program yang lebih efektif, efisien, dan ekonomis serta manfaatnya dapat dirasakan oleh masyarakat.

1. Administrasi Publik dan Pelayanan Publik

Administrasi sangat erat kaitannya dengan dengan pelayanan publik kepada masyarakat. Hal ini dikarenakan adanya peran dan keterlibatan administrasi publik dalam proses politik, bentuk layanan dan melibatkan organisasi pemerintah. Selain itu, objek dari disiplin ilmu administasi publik adalah pelayanan publik sehingga yang menjadi kejian utamanya adalah keberadaan berbagai organisasi publik atau organisas pemerintah. Administrasi publik telah mengkaji berbagai strategi dalam mencermati peran administrasi di bidang pelayanan publik. Administrasi publik juga diharapkan lebih memahami hubungan pemerintah dengan publik serta meningkatkan responbilitas kebijakan terhadap kebutuhan publik dan melembagakan praktek-praktek manajerial agar dapat melaksanakan kegiatan secara efektif, efisien dan rasional. Administrasi publik merupakan proses dan organisasi. Yang dimaksud sebagai proses adalah esensi, hakekat atau *state of the*

art dari kegiatan administrasi publik adalah pelayanan publik. Sedangkan yang dimaksud sebagai organisasi adalah fungsi dan tugas utama lembaga administrasi publik dapat dinilai dari kinerja pelayanan publik. Maka kesimpulannya adalah pelayanan sebagai bidang kegiatan utama dari administrasi publik.

B. Pelayanan Publik

1. Pengertian Pelayanan Publik

Pelayanan merupakan proses pemenuhan kebutuhan melalui aktivitas orang lain. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) dijelaskan bahwa pelayanan merupakan hal, cara atau hasil pekerjaan melayani. Sedangkan definisi pelayanan menurut Kotler seperti yang dikutip dalam Lukman (2000 : 8), “Setiap kegiatan yang menguntungkan dalam suatu kumpulan atau kesatuan dan menawarkan kepuasan meskipun hasilnya tidak terikat pada suatu produk secara fisik”. Sementara Kristian Widya (2006 : 26) menyatakan secara etimologis publik berasal dari bahasa Yunani yaitu *pubes* yang berarti kedewasaan secara fisik, emosional maupun intelektual. Dalam bahasa Yunani istilah publik seringkali dipadankan dengan istilah *koinon* atau dalam bahasa Inggris dikenal dengan kata *common* yang bermakna hubungan antar individu. Oleh karena itu, publik seringkali dikonsepsikan sebagai sebuah ruang yang berisi aktivitas manusia yang dipandang perlu untuk diatur atau diintervensi oleh pemerintah atau aturan social setidaknya oleh tindakan bersama. Pengertian pelayanan publik yang diungkapkan oleh Thoha seperti yang dikutip Sedarmayanti (2010 : 243), “Pelayanan publik merupakan usaha yang dilakukan seseorang atau kelompok orang atau instansi tertentu untuk memberikan bantuan dan kemudahan kepada masyarakat dalam mencapai tujuan”.

Sementara Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/Kep/M.PAN/7/2003 tanggal 10 Juli 2003 Tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik disebutkan bahwa, “Pelayanan publik adalah upaya pemenuhan penerima pelayanan maupun pelaksana ketentuan peraturan Peraturan-undangan”. Selain itu, menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik adalah : “Pelayanan publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundangundangan bagi setiap warga Negara dan penduduk atas barang, jasa dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggaraan pelayanan publik”. Berdasarkan beberapa pengertian pelayanan publik diatas, penulis mengambil kesimpulan bahwa pelayanan publik merupakan pelayanan yang dilakukan oleh pemerintah atau instansi penyelenggara untuk memenuhi setiap kebutuhan masyarakat dimana pelaksanaannya diatur dalam undang-undang yang berlaku.

2. Prinsip Pelayanan Publik

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/Kep/M.PAN/7/2003 menjelaskan ada 10 prinsip pelayanan publik yang harus diperhatikan dan dilaksanakan setiap aparaturnya pelayanan publik yaitu :

1. Kesederhanaan

Prosedur pelayanan yang diselenggarakan tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan dilaksanakan.

2. Kejelasan dalam arti:

- a. Persyaratan pelayanan publik baik teknis maupun administrative.

- b. Unit kerja atau pejabat yang berwenang dan bertanggungjawab dalam penyelesaian keluhan/persoalan dalam pelayanan publik.
- c. Rincian biaya pelayanan publik dan tata cara pembiayaan.

3. Kepastian waktu

Pelaksanaan pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.

4. Akurasi

Dalam arti produk pelayanan publik dapat diterima dengan benar, tepat dan sah.

5. Keamanan

Proses dan produk pelayanan publik dapat memberikan rasa aman dan kepastian hukum.

6. Tanggung jawab

Pimpinan penyelenggara pelayanan publik atau pejabat yang ditunjuk bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan dan penyelesaian keluhan/persoalan dalam pelayanan publik.

7. Kelengkapan sarana dan prasarana

Tersedianya sarana dan prasarana kerja, peralatan kerja dan pendukung lainnya yang memadai termasuk penyediaan sarana teknologi komunikasi dan informatika.

8. Kemudahan akses

Tempat dan lokasi serta sarana pelayanan yang memadai, mudah dijangkau oleh masyarakat dan dapat memanfaatkan teknologi komunikasi dan informatika.

9. Kedisiplinan, kesopanan dan keramahan

Pemberi pelayanan harus bersikap disiplin, sopan, santun dan ramah serta memberikan pelayanan yang ikhlas.

10. Kenyamanan

Lingkungan pelayanan harus tertib, teratur, disediakan ruang tunggu yang nyaman, bersih, rapi lingkungan yang indah dan sehat serta dilengkapi dengan fasilitas pendukung pelayanan seperti parker, toilet, tempat ibadah dan lain-lain.

Berdasarkan prinsip pelayanan publik diatas apabila menginginkan pelayanan yang bisa memuaskan masyarakat hendaknya prinsip-prinsip tersebut senantiasa dipakai dan dilaksanakan secara konsisten oleh penyedia pelayanan publik.

3. Kualitas Pelayanan Publik

Masyarakat sebagai warga Negara menginginkan pelayanan yang berkualitas, untuk itu pemerintah harus bekerja keras agar mampu mewujudkan kualitas pelayanan publik. Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), mengartikan kualitas sebagai : (1) Tingkat baik buruknya sendiri; (2) Derajat atau taraf (kepandaian, kecakapan dan sebagainya); atau mutu. Menurut Ibrahim (2008 : 22). “Kualitas pelayanan publik merupakan suatu kondisi dimensi yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan dimana penilaian kualitasnya ditentukan pada saat terjadi pemberian pelayanan publik tersebut”. Salah satu pendapat mengenai dimensi kualitas pelayanan adalah menurut Parasuraman, Zeithaml, dan Berry dalam Saleh (2010:103) yang berpendapat bahwa terdapat sepuluh faktor yang menentukan kualitas pelayanan jasa, yaitu :

- a. *Reliability* yang mencakup dua hal yaitu *performance* dan kemampuan untuk dipercaya (*dependability*).
- b. *Responsiveness*, yaitu kemauan atau kesiapan para karyawan untuk memberikan jasa yang dibutuhkan pelanggan.
- c. *Competence*, yaitu setiap orang dalam perusahaan memiliki keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan agar dapat memberikan jasa tertentu.
- d. *Accessibility*, yaitu kemudahan untuk dihubungi dan ditemui.
- e. *Courtesy*, yaitu sopan santun, *respect*, perhatian, serta keramahan yang dimiliki oleh para kontak personal.
- f. *Communication*, yaitu memberikan informasi kepada pelanggan atau masyarakat dengan bahasa yang dapat mereka pahami, serta selalu mendengarkan saran dan keluhan pelanggan.
- g. *Credibility*, yaitu sifat jujur dan dapat dipercaya
- h. *Security*, yaitu aman dari bahaya, resiko, dan keragu-raguan.
- i. *Understanding/knowning the customer*, yaitu usaha untuk memahami kebutuhan pelanggan.
- j. *Tangibles*, yaitu bukti fisik dari jasa, baik berupa fasilitas fisik, peralatan yang dipergunakan, atau penampilan dari personil.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Publik, penilaian kualitas pelayanan publik dapat dilihat melalui standar pelayanan. Standar pelayanan merupakan ukuran yang dibakukan dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang

wajib ditaati oleh pemberi dan atau penerima pelayanan. Adapun standar pelayanan sekurang-kurangnya meliputi:

a. Prosedur Pelayanan

Prosedur pelayanan yang dilakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan.

b. Waktu penyelesaian

Waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan

c. Biaya/tarif pelayanan

Biaya /tarif pelayanan termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan.

d. Produk pelayanan

Hasil pelayanan yang akan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

e. Sarana dan prasarana

Penyedia sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggara pelayanan publik.

Penulis menyimpulkan bahwa kualitas pelayanan publik merupakan suatu kondisi dimana pelayanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan memenuhi atau bahkan melebihi dari apa yang menjadi harapan pengguna layanan.

C. Pelayanan Kesehatan

1. Definisi Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan (*health care service*) merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang Undang Dasar 1945 untuk melakukan upaya peningkatan derajat kesehatan baik perseorangan, maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan. Definisi Pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Depkes RI) yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Berdasarkan Pasal 52 ayat (1) UU Kesehatan, pelayanan kesehatan secara umum terdiri dari dua bentuk pelayanan kesehatan yaitu:

a. Pelayanan kesehatan perseorangan (*medical service*)

Pelayanan kesehatan ini banyak diselenggarakan oleh perorangan secara mandiri (*self care*), dan keluarga (*family care*) atau kelompok anggota masyarakat yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Upaya pelayanan perseorangan tersebut dilaksanakan pada institusi pelayanan kesehatan yang disebut rumah sakit, klinik bersalin, praktik mandiri.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*)

Pelayanan kesehatan masyarakat diselenggarakan oleh kelompok dan masyarakat yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan

yang mengacu pada tindakan promotif dan preventif. Upaya pelayanan masyarakat tersebut dilaksanakan pada pusat-pusat kesehatan masyarakat tertentu seperti puskesmas. Kegiatan pelayanan kesehatan secara paripurna diatur dalam Pasal 52 ayat (2) UU Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan promotif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
- b. Pelayanan kesehatan preventif, suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
- c. Pelayanan kesehatan kuratif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
- d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif, kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat, semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya

Berdasarkan uraian di atas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas, klinik, dan rumah sakit diatur secara umum dalam UU Kesehatan, dalam Pasal 54 ayat (1) UU Kesehatan berbunyi bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif. Dalam hal ini setiap orang atau pasien dapat memperoleh kegiatan pelayanan kesehatan secara professional, aman, bermutu,

anti diskriminasi dan efektif serta lebih mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya.

2. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan

Semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, maka semakin berkembang juga aturan dan peranan hukum dalam mendukung peningkatan pelayanan kesehatan, alasan ini menjadi faktor pendorong pemerintah dan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menerapkan dasar dan peranan hukum dalam meningkatkan pelayanan kesehatan yang berorientasi terhadap perlindungan dan kepastian hukum pasien. Dasar hukum pemberian pelayanan kesehatan secara umum diatur dalam Pasal 53 UU Kesehatan, yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan perseorangan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga.
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat
- c. Pelaksanaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya.

Kemudian dalam Pasal 54 UU Kesehatan juga mengatur pemberian pelayanan kesehatan, yaitu:

- a. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif.

- b. Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- c. Pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.

Pelayanan kesehatan itu sebenarnya juga merupakan perbuatan hukum, yang mengakibatkan timbulnya hubungan hukum antara pemberi pelayanan kesehatan dalam hal ini rumah sakit terhadap penerima pelayanan kesehatan, yang meliputi kegiatan atau aktivitas professional di bidang pelayanan preventif dan kuratif untuk kepentingan pasien. Secara khusus dalam Pasal 29 ayat (1) huruf (b) UU Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Peraturan atau dasar hukum dalam setiap tindakan pelayanan kesehatan di rumah sakit wajib dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Pasal 53 dan Pasal 54 UU Kesehatan sebagai dasar dan ketentuan umum dan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf (b) UU Rumah Sakit dalam melakukan pelayanan kesehatan. Dalam penyelenggaraan kesehatan di rumah sakit mencakup segala aspeknya yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan.

Melalui ketentuan UU Kesehatan dan UU Rumah Sakit dalam hal ini pemerintah dan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan yakni rumah sakit, memiliki tanggung jawab agar tujuan pembangunan di bidang kesehatan mencapai hasil yang optimal, yaitu melalui pemanfaatan tenaga kesehatan, sarana dan

prasarana, baik dalam jumlah maupun mutunya, baik melalui mekanisme akreditasi maupun penyusunan standar, harus berorientasi pada ketentuan hukum yang melindungi pasien, sehingga memerlukan perangkat hukum kesehatan yang dinamis yang dapat memberikan kepastian dan perlindungan hukum untuk meningkatkan, mengarahkan, dan memberi dasar bagi pelayanan kesehatan.

3. Pihak-Pihak yang Berhubungan dengan Pelayanan Kesehatan

Pihak-pihak yang berhubungan dengan setiap kegiatan pelayanan kesehatan baik itu di rumah sakit, puskesmas, klinik, maupun praktek pribadi, antara lain:

a. Dokter

Dokter adalah orang yang memiliki kewenangan dan izin sebagaimana mestinya untuk melakukan pelayanan kesehatan, khususnya memeriksa dan mengobati penyakit berdasarkan hukum dan pelayanan di bidang kesehatan. Pasal 1 ayat (11) Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menjelaskan definisi dokter adalah suatu pekerjaan yang dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang, dan kode etik yang bersifat melayani masyarakat. Seorang dokter harus memahami ketentuan hukum yang berlaku dalam pelaksanaan profesinya termasuk didalamnya tentang persamaan hak-hak dan kewajiban dalam menjalankan profesi sebagai dokter. Kesadaran dokter terhadap kewajiban hukumnya baik terhadap diri sendiri maupun terhadap orang lain dalam menjalankan profesinya harus benar-benar dipahami dokter sebagai pengemban hak dan kewajiban.

b. Perawat

Perawat adalah profesi yang sifat pekerjaannya selalu berada dalam situasi yang menyangkut hubungan antar manusia, terjadi proses interaksi serta saling memengaruhi dan dapat memberikan dampak terhadap tiap-tiap individu yang bersangkutan.⁹ Menurut hasil Lokakarya Keperawatan Nasional Tahun 1983, perawat adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu pelayanan biopsiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat baik yang sakit maupun sehat yang mencakup seluruh siklus hidup manusia.

Sebagai suatu profesi perawat mempunyai kontrak sosial dengan masyarakat, yang berarti masyarakat memberikan kepercayaan bagi perawat untuk terus-menerus memelihara dan meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan. Peraturan Menteri Kesehatan No. HK. 02. 02 /MENKES /148 I /2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat. Pasal 1 ayat (1) menjelaskan definisi perawat adalah seorang yang telah lulus pendidikan perawat, sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Pada proses hubungan antara perawat dengan pasien, pasien mengutarakan masalahnya dalam rangka mendapatkan pertolongan yang artinya pasien mempercayakan dirinya terhadap asuhan keperawatan yang diberikan.

c. Bidan

Bidan adalah profesi yang diakui secara nasional maupun internasional oleh sejumlah praktisi diseluruh dunia. Defenisi bidan menurut *International*

Confederation of Midwife (ICM) Tahun 1972 adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan bidan yang diakui oleh negara serta memperoleh kualifikasi dan diberi izin untuk menjalankan praktik kebidanan di negeri tersebut, bidan harus mampu memberi supervisi, asuhan, dan memberi nasihat yang dibutuhkan wanita selama hamil, persalinan, dan masa pasca persalinan, memimpin persalinan atas tanggung jawabnya sendiri serta asuhan pada bayi lahir dan anak.¹¹ Asuhan ini termasuk tindakan preventif, pendeteksian kondisi abnormal pada ibu dan bayi, dan mengupayakan bantuan medis serta melakukan tindakan pertolongan gawat-darurat pada saat tidak ada tenaga medis lain.

Defenisi bidan di Indonesia adalah seorang wanita yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan kebidanan yang telah diakui pemerintah dan telah lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku dan memperoleh kualifikasi untuk registrasi dan memperoleh izin.¹² Secara otentik Pasal 1 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan No. HK. 02. 02. /MENKES /149 /2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan menjelaskan yang dimaksud dengan bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan yang telah teregistrasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Bidan mempunyai tugas penting dalam konsultasi dan pendidikan kesehatan, tidak hanya untuk wanita sebagai pasiennya tetapi termasuk komunitasnya. Pendidikan tersebut termasuk antenatal, keluarga berencana dan asuhan anak.

d. Apoteker

Menurut ketentuan Peraturan Pemerintah No. 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian, apoteker ialah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan apoteker. Adapun tugas yang dimiliki oleh seorang apoteker dalam melakukan pelayanan kesehatan diatur dalam PP 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan pekerjaan kefarmasian termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat, dan obat tradisional.
- b. Membuat dan memperbaharui SOP (*Standard Operational Procedure*) baik di industri farmasi.
- c. Memenuhi ketentuan cara distribusi yang baik yang ditetapkan oleh menteri, saat melakukan pekerjaan kefarmasian dalam distribusi atau penyaluran sediaan farmasi, termasuk pencatatan segala sesuatu yang berkaitan dengan proses distribusi atau penyaluran sediaan farmasi.
- d. Sebagai penanggung jawab di industri farmasi pada bagian pemastian mutu (*quality Assurance*), produksi, dan pengawasan mutu.
- e. Sebagai penanggung jawab fasilitas pelayanan kefarmasian yaitu di apotek, di instalasi farmasi rumah sakit, puskesmas, klinik, toko obat, atau praktek bersama.

- f. Melakukan pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*) di apotek untuk memenuhi kebutuhan masyarakat terhadap sediaan farmasi dalam rangka pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
- g. Menjaga kerahasiaan kefarmasian di industri farmasi dan di apotek yang menyangkut proses produksi, distribusi dan pelayanan dari sediaan farmasi termasuk rahasia pasien.

Pelayanan kegiatan kesehatan dapat diperoleh mulai dari tingkat puskesmas, rumah sakit umum/swasta, klinik dan institusi pelayanan kesehatan lainnya diharapkan kontribusinya agar lebih optimal dan maksimal. Masyarakat atau pasien dalam hal ini menuntut pihak pelayanan kesehatan yang baik dari beberapa institusi penyelenggara di atas agar kinerjanya dapat dirasakan oleh pasien dan keluarganya, dilain pihak pemerintah belum dapat menerapkan aturan pelayanan kesehatan secara tepat, sebagaimana yang diharapkan karena adanya keterbatasan-keterbatasan. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dibutuhkan tenaga kesehatan yang baik, terampil dan fasilitas rumah sakit yang baik, tetapi tidak semua institusi pelayanan medis tersebut memenuhi kriteria tersebut, sehingga meningkatkan kerumitan sistem pelayanan kesehatan dewasa ini.

D. Implementasi Program

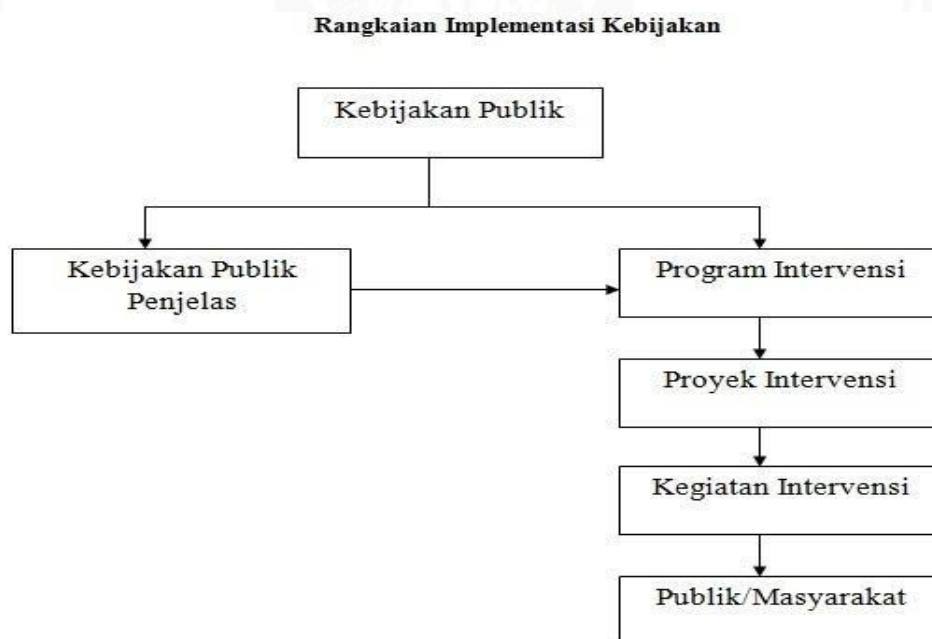
1. Pengertian Program

Pengertian program dapat diartikan menjadi dua istilah yaitu program dalam arti secara umum dan program dalam arti secara khusus. Pengertian program secara umum dapat diartikan sebagai sebuah bentuk rencana yang akan dilakukan. Dan pengertian program secara khusus dapat diartikan sebagai unit atau satuan beberapa

kegiatan yang merupakan realisasi atau implementasi dari kebijakan yang berlangsung secara kesinambungan dan melibatkan orang yang berada dalam suatu organisasi. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), pengertian program sendiri diartikan sebagai rancangan mengenai asas-asas serta usaha-usaha yang akan dijalankan.

Pengertian program yang diungkapkan Jones dalam (Rohman, 2009:101) menyebutkan bahwa program merupakan salah satu komponen dalam suatu kebijakan dan merupakan upaya yang berwenang untuk mencapai suatu tujuan. Secara garis besar pengertian program sendiri merupakan suatu proses pelaksanaan dari suatu kebijakan hal tersebut didukung dengan table dalam buku Nugraha (2004:159) sebagai berikut:

Gambar 1. Rangkaian Implementasi Kebijakan



Sumber : (Nugraha, 2004:159)

Rangkaian implelementasi diatas dapat dijelaskan bahwa dalam proses pelaksanaan suatu kebijakan publik akan menghasilkan program, proyek, dan kegiatan sebagai sarana dalam penyampaian kebijakan terhadap sasaran kebijakan yakni publik atau masyarakat. Dalam suatu program terdapat 3(tiga) unsur penting, yakni sebagai berikut:

- 1) Program adalah realisasi atau implelementasi dari kebijakan
- 2) Terjadi dalam kurun waktu yang lama dan bukan kegiatan tunggal tetapi jamak berkesinambungan
- 3) Terjadi dalam organisasi yang melibatkan sekelompok orang

Ciri-ciri suatu program dapat dikatakan baik menurut Kunarjo (2002: 207) antara lain sebagai berikut:

1. Program merupakan seperangkat kegiatan yang masing-masing kegiatannya mempunyai hubungan yang berkaitan satu sama lain untuk mencapai sasaran yang diinginkan.
2. Keberhasilan program tidak mutlak tergantung dari output masing-masing kegiatan melainkan gabungan yang berkelanjutan dari program.
3. Keberhasilan program tidak tergantung dari output masing-masing kegiatan.

Pengertian-pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa program merupakan suatu kegiatan yang berlangsung secara bersinambungan untuk dapat mencapai tujuan dalam melaksanakan suatu kebijakan dan membutuhkan waktu yang relative lama serta melibatkan sekelompok orang dalam suatu organisasi.

2. Konsep Impelementasi Program

Implementasi dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) berarti pelaksanaan atau penerapan. Istilah ini biasanya dikaitkan dengan proses suatu kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai tujuan tertentu. Dan menurut Djamarah (2006:37) Impelentasi adalah suatu program yang disusun berdasarkan hasil perencanaan dengan menempuh langkah-langkah pokok, serta mencapai tujuan yang diharapkan. Menurut Jones dalam (Suryana, 2009:28) menyatakan bahwa ada tiga pilar dalam pengimpementasian program yakni:

1. Pengorganisasian

Struktur organisasi yang jelas diperlukan dalam mengimplementasikan program sehingga tenaga pelaksana dapat terbentuk dari sumber daya manusia yang kompleks dan berkualitas.

2. Interpretasi

Para pelaksana harus mampu menjalankan program sesuai dengan petunjuk teknis dan petunjuk pelaksana agar tujuan yang diharapkan tercapai.

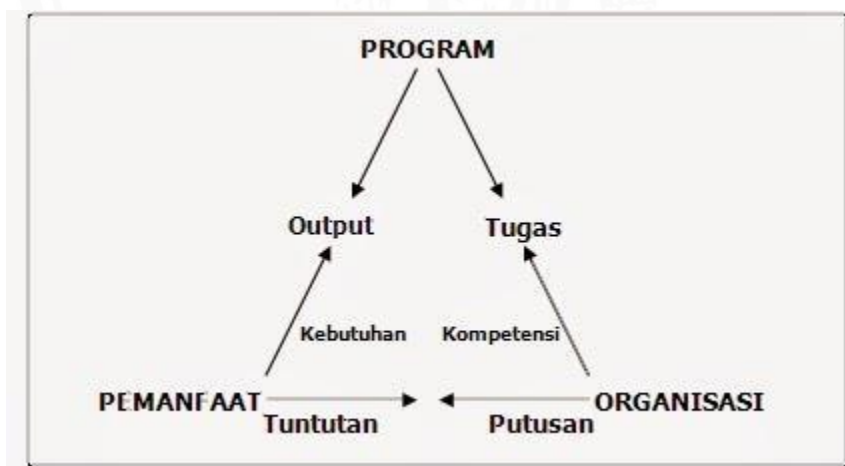
3. Penerapan atau Aplikasi

Perlu adanya pembuatan prosedur kerja yang jelas agar program kerja dapat berjalan sesuai dengan jadwal kegiatan sehingga tidak berbenturan dengan program lain.

Impelementasi program menunjukkan bahwa istilah tersebut terdiri dari dua kata yakni implementasi dan program. Penggabungan kata tersebut menunjukkan suatu makna yakni proses pelaksanaan program atau kegiatan yang diharapkan dapat mencapai suatu tujuan. Pelaksanaan program merupakan unsur utama yang

harus diperhatikan dalam mencapai tujuan dari suatu kebijakan. Karena dalam proses implementasi suatu program harus memiliki sasaran atau target mengapa program itu dibuat, sehingga hasil dari program yang dijalankan dapat memberikan manfaat bagi sasaran atau target program tersebut. Apabila dalam implementasi program ternyata tidak memberikan manfaat pada sasaran atau targetnya maka dikatakan program tersebut telah gagal untuk dilaksanakan. Dalam kajian implementasi program, terdapat berbagai model yang dikemukakan para ahli untuk mempermudah dalam memahami proses analisis implementasinya, salah satu model implementasi program yakni model kesesuaian implementasi program David. C Korten yang dikutip Haedar Akib dan Antonius Tarigan (2000: 12) digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2 Model Kesesuaian Implementasi Program



Sumber: Haedar Akib dan Antonius Tarigan (2000:12)

Penjelasan mengenai model kesesuaian implementasi program menurut Korten sebagai berikut:

“Korten menyatakan bahwa suatu program akan berhasil dilaksanakan jika terdapat kesesuaian dari tiga unsur implelementasi program. Pertama, kesesuaian antara program dengan pemanfaat, yaitu kesesuaian antara apa yang ditawarkan oleh program dengan apa yang dibutuhkan oleh kelompok sasaran (pemanfaat). Kedua, kesesuaian antara program dengan organisasi pelaksana yaitu kesesuaian antara tugas yang disyaratkan oleh program dengan kemampuan organisasi pelaksana. Ketiga, kesesuaian antara kelompok pemanfaat dengan organisasi pelaksana, yaitu kesesuaian antara syarat yang diputuskan organisasi untuk dapat memperoleh output program dengan apa yang dapat dilakukan oleh kelompok sasaran program”

Pola yang dikembangkan Korten dapat dipahami bahwa, jika tidak terdapat kesesuaian antara tiga unsur implementasi kebijakan, kinerja program tidak akan berhasil sesuai dengan apa yang diharapkan. Jika output program tidak sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran jelas outpunya tidak dimanfaatkan. Jika organisasi pelaksanaan program tidak memiliki kemampuan melaksanakan tugas yang disyaratkan oleh program maka organisasinya tidak dapat menyampaikan output program dengan tepat, atau jika syarat yang ditetapkan organisasi pelaksana program tidak dapat dipenuhi oleh kelompok sasaran maka kelompok sasaran tidak mendapatkan output program. Oleh karena itu, kekesesuaian antara tiga unsur implementasi kebijakan mutlak diperlukan agar program berjalans sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

Pengertian-pengertian menurut para ahli diatas dapat disimpulkan bahwa pengertian impementasi program adalah suatu tindakan-tindakan yang dilaksanakan oleh sekumpulan orang dalam suatu organisasi terhadap suatu objek ataus sasaran yang diarahkan untuk mencapai tujuantujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dan juga bahwa mencapai keberhasilan suatu program harus terdapat

tiga kesesuaian yaitu program itu sendiri, penerima, manfaar dan organisasi yang melakukan.

3. Model Implementasi Program

Model implementasi program menurut Edward III dalam (Situmorang, 2016:2016) menjelaskan bahwa dalam studi impelentasi program atau kebijakan merupakan hal yang sangat krusial bagi administrasi publik dan kebijakan publik. Untuk dapat menganalisis impelementasi program atau kebijakan, apakah impelementasi tersebut berhasil atau tidak maka harus dilihat dari empat faktor. Faktor-faktor tersebut antara lain:

1. Komunikasi

Dalam implementasi program atau kebijakan, komunikasi sangat menentukan pencapaian tujuan dari pelaksanaan. Pelaksanaan yang efektif akan terjadi apabila para pembuat program atau kebijakan mengetahui apa yang harus dikerjakan. Pengetahuan atas apa yang dikerjakan dapat berjalan apabila komunikasi dilakukan kepada komponen atau actor-aktor pelaksanaan program atau kebijakan. Komunikasi tersebut harus akurat dan harus dimengerti dengan cermat oleh para pelaksana.

2. Sumber-sumber

Untuk menentukan keberhasilan suatu pelaksanaan program atau kebijakan, sumber-sumber yang paling penting salah satunya ialah sumber daya yang tersedia. Sumber daya merupakan sumber penggerak dan pelaksana, manusia merupakan sumber daya yang paling penting dalam menentukan keberhasilan dalam proses pelaksanaan program atau kebijakan.

3. Disposisi

Disposisi atau sikap para pelaksana adalah faktor penting dalam pendekatan mengenai pelaksanaan program atau kebijakan. Jika pelaksanaan tersebut ingin efektif, maka para pelaksana tidak hanya harus memiliki kemampuan untuk melaksanakannya. Namun, kualitas atau ciri-ciri dari pelaksana yang baik dalam melaksanakannya. Kualitas atau ciri-ciri pelaksana dapat dilihat dari disposisi atau sikap para agen pelaksana.

4. Struktur birokrasi

Birokrasi sebagai pelaksana harus dapat mendukung program atau kebijakan yang telah diputuskan secara politik dengan jalan melakukan koordinasi dengan baik. Dua karakteristik utama birokrasi adalah Standart Oprasional Prosedur (SOP) dalam rutinitas sehari-hari menjalankan implementasi program atau kebijakan dan tanggung jawab atas tugas yang ditetapkan dalam program atau kebijakan. Struktur birokrasi merupakan faktor yang mendukung dalam keberhasilan sebuah implelementasi program atau kebijakan, oleh karena itu harus adanya prosedur yang tetap bagi pelaksanaan dan tanggung jawab dalam menjalankan program atau kebijakan.

E. Evaluasi Program

1. Pengertian Evaluasi Program

Evaluasi mempunyai arti yang berhubungan, masing-masing menunjuk pada aplikasi beberapa skala nilai terhadap hasil kebijakan dan program. Secara umum, istilah evaluasi menurut Dunn (2003:608) yakni merupakan “penaksira

(*appraisal*), pemberian nilai (*rating*), dan penilaian (*assessment*), kata-kata yang menyatakan usaha untuk menganalisis hasil kebijakan atau program dalam arti satuan nilai”. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara no. tentang Pedoman Umum Reformasi Birokrasi menyebutkan bahwa “evaluasi adalah suatu kegiatan menilai hasil suatu kegiatan yang sedang atau sudah dilaksanakan”. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan tujuan yang telah ditetapkan. Hal ini berbeda dengan monitoring, dimana monitoring dilakukan ketika sebuah kebijakan sedang diimplementasikan. Dan menurut Lester dan Stewart dalam (Dewi, 2016:200) menyatakan bahwa evaluasi dilakukan untuk melihat sebagian kegagalan dari suatu program atau kebijakan dan untuk mengetahui apakah program atau kebijakan yang telah dirancang dan dilaksanakan menghasilkan suatu dampak yang diinginkan atau tidak. Pokok-pokok pengertian evaluasi menurut Mardikanto (2010:308) berpendapat bahwa:

1. Evaluasi adalah kegiatan pengamatan dan analisis terhadap sesuatu keadaan, peristiwa, gejala alam, atau suatu objek.
2. Membandingkan segala sesuatu yang kita amati dengan pengalaman atau pengetahuan yang telah kita ketahui
3. Melakukan penilaian, atas segala sesuatu yang diamati, berdasarkan hasil perbandingan atau pengukuran yang dilakukan.

Penulis menyimpulkan berdasarkan definisi yang telah dijelaskan diatas, bahwa pada hakekatnya evaluasi adalah suatu proses pembuatan keputusan tentang nilai suatu obyek dalam implementasi suatu program dengan penyajian data dan informasi yang sesuai dengan objek evaluasi itu sendiri. Berbicara terkait studi

analisis kebijakan publik, salah satu cabang bidang kajiannya adalah evaluasi kebijakan atau program. Pengertian evaluasi dalam suatu program publik yang dijelaskan oleh Mardikanto (2010: 312) yang menyebutkan bahwa “Evaluasi program adalah evaluasi yang dilakukan untuk mengkaji kembali draft/usulan program yang sudah dirumuskan sebelum program dilaksanakan. Selanjutnya oleh Suharsi dan Cepi dalam Liunur (2006: 4) bahwa evaluasi program merupakan “upaya untuk mengetahui tingkat keterlaksanaan suatu kebijakan secara cermat dengan cara mengetahui efektifitas masing-masing komponennya”.

2. Kriteria Evaluasi Program

Pengukuran evaluasi program yang dikembangkan oleh Bridgman dan Davis mengacu pada empat faktor yaitu : evaluasi *input*, evaluasi *process*, evaluasi *outputs* dan evaluasi *outcomes* (Bridgman dan Davis dalam Lintjewas, 2016). Adapun penjelasannya sebagai berikut:

a. Evaluasi *Input*

Evaluasi input merupakan evaluasi terhadap semua potensi yang harus tersedia sebagai modal awal suatu kegiatan atau program. Evaluasi *input* memfokuskan pada penilaian apakah sumber daya pendukung dan bahan-bahan dasar yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan atau program. Berkaitan dengan sumber daya manusia, prosedur, sumber daya anggaran, infrastruktur pendukung lainnya dalam pelaksanaan suatu kegiatan atau program. Pemenuhan semua potensi sebagai pembentukan awal program tentunya memerlukan sumber daya anggaran yang cukup. Menurut widodo (2009:95) menjelaskan bahwa: Besarnya anggaran untuk melaksanakan program kebijakan tentunya sangat

tergantung kepada macam dan jenis kebijakan yang akan dilaksanakan. Namun sumber daya anggaran setidaknya dapat ditetapkan antara lain berasal dari pemerintah pusat (APBN), pemerintah daerah (APBD), sektor swasta, swadaya masyarakat, dan lain-lain.

b. Evaluasi process

Evaluasi process merupakan serangkaian kegiatan untuk meningkatkan kompetensi input demi menghasilkan output dan outcome berupa umpan balik sementara untuk meningkatkan program yang bermutu. Evaluasi process memfokuskan pada penilaian bagaimana sebuah kebijakan atau program di transformasikan dalam bentuk pelayanan langsung kepada masyarakat. Berkaitan dengan proses sosialisasi, pelatihan, dan efektivitas dan efisiensi dari metode atau cara yang dipakai untuk melaksanakan kebijakan publik tertentu. Manfaat evaluasi process adalah sebagai berikut:

1. Menyediakan staf dan manajer umpan balik dalam menilai sejauh mana staf melaksanakan kegiatan yang direncanakan seperti pada jadwal yang direncanakan dan efisien
2. Membantu staf mengidentifikasi masalah pelaksanaan dan melakukan koreksi yang diperlukan dalam kegiatan atau rencana
3. Menilai secara berkala sejauh mana peserta menerima dan dapat melaksanakan peran mereka. Evaluator dalam mengevaluasi proses pelaksanaan program harus mendapatkan gambaran tentang bagaimana pekerjaan yang sedang terjadi. Hal ini dapat dicapai dengan mengunjungi pusat-pusat kegiatan, meninjau dokumen terkait (terutama rencana kerja,

anggaran, dan risalah rapat menghadiri rapat sraf, dan mewawancarai peserta kunci.

c. Evaluasi *outputs* (hasil)

Evaluasi *outputs* merupakan kegiatan evaluasi yang dilakukan untuk mengukur, menafsirkan, dan menilai prestasi atau hasil dari aktifitas, kegiatan atau pelayanan dari sebuah program. Evaluasi *outputs* memfokuskan penilaian pada hasil atau keluaran yang dapat dihasilkan dari sistem atau proses kebijakan atau program. Berkaitan dengan apa yang diproduksi/dihasilkan dan siapa orang yang menjadi sasaran untuk mendapatkan manfaatnya, misalnya beberapa orang yang berhasil dalam mengikuti program.

Tujuan evaluasi *outputs* adalah untuk memastikan sejauh mana hasil evaluasi bertemu kebutuhan semua penerima. Hal ini dapat diketahui dari umpan balik tentang prestasi selama siklus aktivitas dari suatu program. Evaluasi *outputs* merupakan komponen penting dari laporan pertanggungjawaban. Ketika pihak berwenang mendokumentasikan prestasi yang signifikan, mereka dapat lebih meyakinkan organisasi masyarakat dan pendanaan untuk memberikan dukungan keuangan tambahan. Selain itu, pengembang lain dapat menggunakan laporan evaluasi output untuk membantu memutuskan apakah menggunakan tindakan yang serupa.

d. Evaluasi *outcomes* (dampak)

Evaluasi *outcomes* merupakan respon atau harapan, dampak dari sebuah kegiatan atau pelayanan suatu program yang berupa prestasi/hasil dari program kebijakan baik yang diinginkan maupun tidak diinginkan, yang positif dan negative

bahkan yang bersifat jangka panjang akan dinilai evaluasi ini. Evaluasi *outcomes* memfokuskan diri pada pertanyaan dampak yang diterima oleh masyarakat luas atau pihak yang terkena kebijakan dari suatu program. Berkaitan dengan manfaat dan keuntungan jangka panjang sebuah kegiatan atau program serta respon partisipasi dalam menilai atau memberikan pendapat.

Evaluasi program merupakan penilaian kinerja dari sebuah program atau kebijakan dengan pertanyaan dasar: apakah *input* yang digunakan telah memaksimalkan *output*nya?, apakah dampak yang diinginkan telah tercapai sebagaimana tujuan tertulisnya?, apakah kebijakan tersebut selaras dengan prioritas pemerintah dan kebutuhan rakyatnya?. Untuk memudahkan tentang pengukuran evaluasi program, Badjuri & Yuwono (2002:140-141).

Evaluasi dapat pula dinilai dengan melihat hubungannya pada perubahan masyarakat. Hal ini dapat dilihat dari dampak yang terjadi atau *outcomes* suatu kebijakan. Dampak dari kebijakan tidak selalu sama seperti yang direncanakan semula, karena berhubungan dengan ketidakpastian lingkungan maupun kemampuan administrasi dalam melaksanakan suatu kebijakan. Dalam praktiknya selalu saja ada keterbatasan untuk memahami sesuatu isu secara utuh dari suatu kebijakan. Sementara itu, perlu disadari bahwa kebijakan pemerintah bukanlah satu-satunya kekuatan, melainkan hanya salah satu dari sekian banyak kekuatan yang mempengaruhi perubahan dalam masyarakat. Suatu kebijakan atau program tidak boleh merasa cukup hanya pada selesainya pelaksanaan saja, tetapi termasuk sebelum adanya evaluasi akhir atas dampak yang dihasilkan dari kebijakan tersebut. Pertimbangan ini dapat dipahami mengingat ada perbedaan antara hasil langsung

berupa target yang dihasilkan suatu kebijakan (*policy outputs*) dengan dampak yang diharapkan terjadi dalam masyarakat (*policy impacts*). Maka dari itu, sekalipun evaluasi mencakup keseluruhan proses kebijakan, fokusnya adalah pada penilaian atas dampak kinerja (*outcomes*) dari suatu kebijakan atau program.

3. Tujuan dan Manfaat Evaluasi Program

Tujuan evaluasi program yakni untuk melihat apakah program dirancang, dilaksanakan dan bermanfaat bagi pihak-pihak yang terlibat dalam program. Pada pelaksanaannya evaluasi program bermaksud mencari informasi sebanyak mungkin untuk mendapatkan gambaran rancangan dan pelaksanaan program. Dan menurut Setiawan (1999: 20) berpendapat bahwa tujuan evaluasi program yakni agar mengetahui dengan pasti apakah hasil, kemajuan, dan kendala yang dijumpai dalam suatu pelaksanaan program sehingga dapat dinilai dan dipelajari untuk perbaikan pada pelaksanaan program dimasa mendatang. Roswati (2008: 66) memaparkan tentang manfaat dari evaluasi program:

1. Memberikan masukan apakah suatu program dihentikan atau diteruskan,
2. Memberitahukan prosedur mana yang perlu diperbaiki,
3. Memberitahukan strategi, atau teknik yang perlu dihilangkan atau diganti,
4. Memberikan masukan apakah program yang sama dapat diterapkan ditempat lain.
5. Memberikan masukan dana harus dialokasikan kemana,
6. Memberi masukan apakah teori atau pendekatan tentang program dapat diterima atau ditolak.

Proses evaluasi suatu program tentu mempunyai perbedaan proses dalam evaluasi. Perbedaan tersebut terjadi karena adanya perbedaan cara atau metode yang digunakan dalam mengevaluasi suatu program. Misalkan saja, evaluasi dalam program *homecare* dilakukan dengan tujuan untuk melihat sejauh mana hasil program *homecare* permata yang telah tercapai dengan optimal sesuai dengan target dan tujuan yang telah ditentukan.

4. Ciri-Ciri Evaluasi Program

Ciri-ciri evaluasi program menurut (Arikunto, 2009: 8-9) adalah:

1. Proses kegiatan penelitian tidak menyimpang dari kaidah-kaidah yang berlaku bagi penelitian pada umumnya
2. Dalam melaksanakan evaluasi, peneliti harus berpikir secara sistematis, yaitu memandang program yang diteliti sebagai sebuah kesatuan yang terdiri dari beberapa komponen atau unsur yang saling berkaitan satu sama lain dalam menunjang keberhasilan kinerja dari objek yang dievaluasi.
3. Agar dapat mengetahui secara rinci kondisi dari objek yang dievaluasi, perlu adanya identifikasi komponen yang berkedudukan sebagai faktor penentu bagi keberhasilan program
4. Menggunakan standar, kriteria atau tolak ukur sebagai pebandingan dalam menentukan kondisi nyata dari data yang diperoleh dan untuk mengambil kesimpulan.
5. Kesimpulan atau hasil penelitian digunakan sebagai masukan atau rekomendasi bagi sebuah kebijakan atau rencana program yang telah ditentukan. Dengan

kata lain dalam melakukan kegiatan evaluasi program, peneliti harus berkiblat pada tujuan program kegiatan sebagai standar kriteria, atau tolak ukur.

6. Agar informasi yang diperoleh dapat menggambarkan kondisi nyata secara rinci untuk mengetahui bagian mana dari program yang belum terlaksana, maka perlu ada identifikasi komponen yang dilanjutkan dengan identifikasi subkomponennya, sampai pada indicator dari program yang dievaluasi
7. Standar, kriteria, atau tolak ukur diterapkan pada indicator, yaitu bagian yang paling kecil dari program agar dapat dengan cermat diketahui letak kelemahan dari proses kegiatan
8. Dari hasil penelitian harus dapat disusun sebuah rekomendasi secara rinci dan akurat sehingga dapat ditentukan tindak lanjut secara tepat.

5. Tipe-Tipe Evaluasi Program

Evaluasi program atau kebijakan terdapat tiga tipe didalamnya, hal tersebut sesuai dengan pendapat Anderson dalam (Situmorang 2016:284) yakni (1) Evaluasi program atau kebijakan sebagai kegiatan fungsional, (2) Evaluasi yang berfokus pada bekerjanya atau kebijakan atau program-program, dan (3) Evaluasi program atau kebijakan sistematis. Untuk dapat mempermudah pemahaman berikut penjelasannya.

Pertama, evaluasi program atau kebijakan sebagai kegiatan fungsional, dalam tipe evaluasi ini akan memberikan pemahaman kepada evaluator bahwa evaluasi program atau kebijakan merupakan kegiatan yang sama pentingnya dengan program atau kebijakan itu sendiri. Hal tersebut akan membuat pemikiran berbeda antara evaluator dengan pemikiran para pembuat program atau kebijakan

atau administrator yang seringkali mempertimbangkan manfaat atau dampak dari suatu kebijakan, program, dan proyek yang dilaksanakan dipandang sebagai suatu yang sosialis atau kapitalistik. Dan evaluator menggunakan metode lain untuk melihat kesimpulan hasil mengenai manfaat dari program atau kebijakan yang telah diterapkan. Kekurangan tipe ini ialah mendorong konflik karena adanya perbedaan pemikiran yang digunakan.

Kedua, evaluasi yang berfokus pada bekerjanya kebijakan atau program-program, tipe ini dimulai dengan merumuskan suatu pernyataan-pernyataan dasar mengenai implementasi suatu program atau kebijakan seperti: Apakah program atau kebijakan dilaksanakan dengan semestinya?, Berapa biayanya?, Siapa yang menerima manfaat (pembayaran atau pelayanan) dan Berapa jumlahnya?, apakah terdapat duplikasi atau kejenuhan dengan kebijakan atau program lain? Serta Apakah ukuran-ukuran dan prosedur-prosedur diikuti dengan baik? Dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan tersebut lebih memfokuskan pada bekerjanya suatu kebijakan atau program dan lebih membicarakan mengenai kejujuran atau efisiensi dalam melaksanakan kebijakan atau program. Namun, kekurangan tipe ini ialah cenderung mendapatkan hasil informasi yang sedikit terkait kebijakan atau program yang diterapkan.

Ketiga, evaluasi program atau kebijakan sistematis, tipe ini secara komperatif masih dianggap baru. Akan tetapi, tipe ini memiliki peminat yang banyak dari peminat program atau kebijakan publik. Dalam tipe ini, pengevaluasi program atau kebijakan lebih melihat secara obyektif pada program-program atau kebijakan yang dijalankan untuk mengukur dampaknya dan melihat sejauh mana

tujuan-tujuan yang ditanyakan tersebut dicapai. Serta untuk melihat dampak yang ada dari suatu program atau kebijakan dengan berpijak sejauh mana program atau kebijakan tersebut menjawab kebutuhan atau masalah yang ada dalam lingkup masyarakatnya.

Relevansi teori evaluasi program atau kebijakan publik terhadap focus penelitian yang dilakukan penulis yakni sebagai indicator penyempurna dalam mengevaluasi program *Homecare* Permata di Puskesmas Turen Kabupaten Malang yang telah berlangsung atau diimplementasikan sejak tahun 2014 hingga sekarang hal tersebut dilakukan untuk memberikan suatu informasi terkait kekurangan dan masalah yang dihadapi saat program atau kebijakan diimplementasikan sehingga kekurangan dan masalah tersebut dapat dibenahi.

F. *Home Care*

1. Pengertian Home Care

Home care merupakan salah satu jenis dari perawatan jangka panjang yang dapat diberikan oleh tenaga professional maupun non profesional yang telah mendapatkan pelatihan. Menurut Rice dalam Wahid Iqbal Mubarak dkk (2012 : 118), "*Home care* diartikan sebagai ilmu dan seni yang berupaya memberikan layanan kesehatan dan perawatan bermutu yang dilakukan di rumah klien dan pada area di komunitas". Sedangkan Sherwen dalam Ferry Efendi dan Makhfudi (2009 : 261) mendefinisikan *home care* sebagai bagian integral dari pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat mencapai kemandirian dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang alami".

Berdasarkan definisi tersebut, peneliti mengambil kesimpulan bahwa *home care* adalah:

1. Suatu bentuk pelayanan kesehatan yang komprehensif dengan tujuan memandirikan pasien.
2. Pelayanan kesehatan diberikan di rumah pasien, dengan melibatkan pasien dan keluarganya.
3. Pelayanan *home care* ini dikelola oleh rumah sakit maupun puskesmas.

2. Tujuan dan Lingkup Pelaksanaan *Home Care*

Bentuk-bentuk pelayanan kesehatan yang dikenal masyarakat sejauh ini dalam sistem pelayanan kesehatan adalah pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Pada sisi lain, banyak anggota masyarakat yang menderita sakit karena berbagai pertimbangan terpaksa dirawat di rumah dan tidak dirawat inap di institusi pelayanan kesehatan. Ferry Efendi dan Makhfudi (2009 : 262), tujuan pelaksanaan *home care* adalah :

1. Membantu pasien memelihara dan meningkatkan status kesehatan dan kualitas hidupnya.
2. Meningkatkan kedekatan dan keefektifan perawatan pada anggota keluarga dengan masalah kesehatan dan kecacatan.
3. Memperkuat fungsi keluarga dan kedekatan antar keluarga.
4. Membantu pasien untuk tinggal atau kembali ke rumah dan mendapat perawatan yang diperlukan, rehabilitasi atau perawatan lainnya.
5. Biaya kesehatan akan lebih terkendali.

Lingkup perawatan *home care* menurut (Ferry Efendi dan Makfudi, 2009 : 262) dapat dikelompokkan menjadi 7 (tujuh) perawatan yaitu:

1. Pelayanan social dan upaya menciptakan lingkungan yang terapeutik.
2. Pelayanan rehabilitasi dan terapi fisik.
3. Pelayanan informasi dan rujukan.
4. Pendidikan, pelatihan dan penyuluhan kesehatan.
5. Higiene dan sanitasi perorangan serta lingkungan
6. Pelayanan perbaikan untuk kegiatan sosial.

Peneliti mengambil kesimpulan berdasarkan uraian diatas bahwa lingkup pelaksanaan program *home care* Permata di UPTD Puskesmas Turen adalah pelayanan medis dan asuhan keperawatan, pendidikan, pelatihan dan penyuluhan kesehatan, dan hygiene, sanitasi perorangan serta lingkungan.

3. Dasar Hukum dalam Pelaksanaan *Home care*

Dasar hukum dari pelaksanaan *home care* adalah sebagai berikut :

- a. UU Kes No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan
- b. PP No. 25 tahun 2000 tentang perimbangan keuangan pusat dan daerah
- c. UU No.32 tahun 2004 tentang pemerintah daerah
- d. UU No.29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran
- e. Kepmenkes No. 1239 tahun 2001 tentang registrasi dan praktik perawat
- f. Kepmenkes No. 128 tahun 2004 tentang kebijakan dasar puskesmas
- g. Kepmenkes No. 279 tahun 2006 tentang pedoman penyelenggaraan Puskesmas
- h. SK Menpan No. 94/KEP/M.PAN/11/2001 tentang jabatan fungsional perawat.

- i. PP No. 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan
- j. Permenkes No. 920 tahun 1986 tentang pelayan medic swasta

4. Unsur Pelaksanaan *Home Care*

Pelaksanaan *home care* menurut Ferry Efendi dan Makfudi (2009 : 262) menjelaskan bahwa dalam pelaksanaan *home care* melibatkan tiga unsur yaitu :

1. Pengelola pelayanan

Merupakan individu, kelompok ataupun yang bertanggung jawab terhadap seluruh pengelolaan pelayanan *home care* baik penyediaan tenaga, sarana dan peralatan, serta mekanisme pelayanan sesuai standart yang ditetapkan.

2. Pelaksana pelayanan

Merupakan tenaga keperawatan professional bekerjasama dengan profesional terkait dan tenaga non professional. Pelaksana pelayanan terdiri dari coordinator kusus dan pelaksana pelayanan.

3. Pasien

Merupakan penerima pelayanan *home care* dengan melibatkan salah satu anggota keluarga sebagai penanggung jawab yang mewakili pasien.

Pendapat-pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa program *home care* di UPTD Puskesmas Turen telah memenuhi ketiga unsur pelaksanaan *home care*. Adapun unsur pelaksanaan *home care* permata adalah sebagai berikut :

- 1. Pengelola pelayanan merupakan UPTD Puskesmas Turen
- 2. Pelaksana pelayanan merupakan tim 9 yang terdiri dari 9 orang perawat ponkesdes dan dibantu oleh bidan serta kader kesehatan

3. Pasien merupakan keluarga rawan/keluarga beresiko di Kecamatan Turen,
Kabupaten Malang.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian yang berjudul “ Evaluasi Program Pelayanan Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Berbasis “*Home Care Permata*” (Studi pada UPTD Puskesmas Turen Kabupaten Malang)”, menggunakan jenis penelitian kualitatif seperti yang dijelaskan oleh Taylor dalam bukunya Moelong (2012:4), “penelitian kualitatif adalah penelitian yang menghasilkan data deskriptif mengenai kata-kata lisan maupun tertulis, dan tingkah laku yang dapat diamati dari orang-orang yang diteliti”. Sedangkan jenis penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah jenis deskriptif, dimana jenis penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan, mencatat, menganalisis mengenai kondisi saat ini, dengan kata lain penelitian jenis deskriptif bertujuan untuk memperoleh informasi-informasi dari keadaan yang sudah terjadi. Menurut Widi (2010:84) metode deskriptif adalah suatu metode penelitian yang menggambarkan semua data atau keadaan subyek/objek penelitian seseorang, lembaga, masyarakat dan lain-lain kemudian dianalisis dan dibandingkan berdasarkan kenyataan yang sedang berlangsung pada saat ini dan selanjutnya mencoba untuk memberikan pemecahan masalah. Jenis penelitian deskriptif, peneliti tidak melakukan manipulasi variable dan tidak menetapkan peristiwa yang akan terjadi, dan menyangkut peristiwa-peristiwa yang terjadi saat ini. penelitian ini diharapkan dapat mendeskripsikan, mengevaluasi, dan menganalisis suatu fenomena atau peristiwa



yang sedang terjadi pada pelaksanaan program *Home Care* Permata di Puskesmas Turen Kabupaten Malang.

B. Fokus Penelitian

Fokus penelitian merupakan pondasi dalam penelitian kualitatif yang berguna sebagai pembatas ruang lingkup penelitian atau wilayah penelitian, sehingga peneliti akan memperoleh gambaran secara menyeluruh tentang situasi yang akan diteliti. Menurut Moelong (2014 : 12), “Fokus pada dasarnya adalah masalah yang bersumber dari pengalaman peneliti atau melalui pengetahuan yang diperolehnya melalui kepustakaan ilmiah ataupun kepustakaan lainnya. Melalui fokus penelitian, data yang dibutuhkan dapat ditentukan serelevan mungkin. Oleh karena pentingnya fokus penelitian, maka fokus penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Evaluasi pelaksanaan Program *Home Care* Permata di Puskesmas Turen Kabupaten Malang, yang meliputi:
 - a. Evaluasi *Input* dari program *Home Care* Permata, dimana *input* dalam hal ini adalah sasaran dan tujuan program *Home Care* Permata.
 - b. Evaluasi *process* dari program *Home Care* Permata, dimana *process* dalam hal ini adalah pelaksanaan dari program *Home Care* Permata
 - c. Evaluasi *output* dari program *Home Care* Permata, dimana *output* dalam hal ini adalah hasil yang telah dicapai selama pelaksanaan program *Home Care* Permata

- d. Evaluasi *outcome* dari program *Home Care* Permata, dimana *outcome* dalam hal ini adalah kualitas pelayanan dari program *Hom Care*Permata.
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi Pelaksanaan Program *Home Care* Permata di Puskesmas Turen Kabupaten Malang:
 - a. Faktor pendukung program *home care* permata
 - b. Faktor penghambat program *home care* permata

C. Lokasi dan Situs Penelitian

Lokasi penelitian merupakan tempat dimana peneliti melakukan penelitian terhadap objek yang diteliti. Berdasarkan lokasi penelitian ini, peneliti akan dapat memperoleh data dan informasi yang berkaitan dengan tema, dan focus penelitian yang ditetapkan. Adapun yang menjadi lokasi penelitian dalam penelitian ini adalah Kabupaten Malang. Peneliti memilih lokasi ini karena Kabupaten Malang merupakan penggagas sekaligus implementator Program *Home Care* Permata. Sedangkan situs penelitian ini adalah tempat atau peristiwa yang dimana peneliti dapat mengamati keadaan sebenarnya dari objek penelitian sehingga peneliti mampu mendapatkan data *valid* dan benar-benar dibutuhkan dalam penelitian. Situs dalam penelitian Program *Home Care* Permata ini adalah kantor Kepala UPTD Puskesmas Turen, kantor perawat koordinasi rawat inap, kantor perawat koordinator program *Home Care* Permata Kecamatan Turen Kabupaten Malang.

D. Sumber Data

Dalam penelitian kualitatif, menurut Lofland dan Lofland (Moloeng, 2012:157) sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata, dan tindakan. Selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Dalam sebuah penelitian, data yang akan dianalisis haruslah memiliki sumber yang dapat mendukung dan dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya. Sumber data yang dimaksud dalam penelitian ini berhubungan dengan sumber-sumber informasi baik berupa orang atau materi yang dapat memperkaya informasi tentang proses pelaksanaan *Home Care*, orang yang terlibat, manfaat serta hambatan dari program *Home Care* Permata. Dengan demikian dalam penelitian ini akan dikelompokkan dua jenis data berdasarkan cara memperolehnya, yakni:

1. Data Primer

Data primer adalah data asli yang diperoleh dan kemudian diolah oleh peneliti sendiri. Sumber data primer dalam penelitian program *Home Care* Permata di Puskesmas Turen adalah sumber data yang diperoleh secara langsung dari informan melalui kegiatan wawancara dan observasi atau peristiwa di lapangan, maka sumber datanya yaitu:

- a. Kepala UPTD Puskesmas Turen
- b. Perawat koordinator *Home Care*.
- c. Perawat Desa *Home Care*
- d. Bidan Desa *Home Care*
- e. Masyarakat Penerima Layanan *Home Care*

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data. Data sekunder ini bisa diambil dari literature, surat kabar, internet, dokumen dan lain sebagainya. Data sekunder disajikan dalam bentuk data, dokumen dan table-tabel yang sesuai dengan topic penelitian. Sumber data sekunder yaitu dokumen, buku referensi, jurnal, artikel, dan situs yang berkaitan dengan penelitian program *home care* Permata di UPTD Puskesmas Turen (lihat daftar pustaka).

E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang diungkapkan Sugiyono (2013 : 224), merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data”. Tanpa mengetahui teknik pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standar data yang ditetapkan. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

1. Observasi. Pengumpulan data dengan survey lapangan yang mengamati secara langsung kejadian-kejadian di lapangan yang berkaitan dengan objek yang diteliti. Metode observasi sebagai alat pengumpul data dapat melihat dinamika dan gambaran dalam pelaksanaan program *Home Care* Permata. Hasil observasi peneliti adalah data primer seperti gambar wilayah kerja UPTD Puskesmas Turen, jenis layanan dan jadwal pelayanan UPTD Puskesmas Turen, komitmen pegawai UPTD Puskesmas Turen, apresiasi program *home care*

permata, struktur organisasi pelaksanaan program *home care* permata, *inform consent home care* permata, alur layanan *home care* permata, serta alat kesehatan *home care* (lihat halaman 70,73,76,79,80,89,93,94,101,103,104).

2. Wawancara (*interview*). Teknik pengumpulan data interaksi verbal antara peneliti dengan informan untuk mengetahui hal-hal secara mendalam dari informan. Untuk memperoleh informasi yang tepat dan objektif, setiap pewawancara harus mampu menciptakan *raport*. *Raport* adalah situasi psikologis yang menunjukkan bahwa informan bersedia menjawab pertanyaan dan memberi informasi sesuai dengan pemikiran dan pengalaman mereka serta memberikan informasi sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Untuk menciptakan *raport* dalam penelitian ini, peneliti melakukan kunjungan di kantor informan untuk menjelaskan maksud kedatangan peneliti sekaligus menjalin hubungan keakraban dengan informan. Di dalam pertemuan itu peneliti menyisipkan dengan wawancara tidak berstruktur mengenai penyelenggaraan program *home care* sebelum melakukan wawancara yang lebih terstruktur dengan bantuan *interview guide*. Dalam penelitian ini peneliti mewawancarai 4 (empat) narasumber yaitu: (1) Dr. T Prayitno selaku kepala UPTD Puskesmas Turen, (2) Ibu Dita Trisnaningtyas selaku perawat koordinator UPTD Puskesmas Turen (3) Bapak Wibisono selaku perawat desa *home care* (4) Ibu Rika Selaku Bidan Desa *home care* (5) Bapak Ngatiran selaku warga penerima layanan *home care* (6) Ibu Masirah selaku warga penerima layanan *home care* (7) Bapak Latif selaku Kepala Dusun Desa Sanankerto

3. Studi dokumen. Studi dokumen merupakan teknik pengumpulan data yang berupa rekaman atas suatu hal tertentu dari pihak-pihak yang terlibat program *home care*. Rekaman ini bentuknya seperti yang telah disebutkan pada subbab sumber data. Hasil studi dokumen dari penelitian ini termasuk ke dalam jenis data sekunder. Data sekunder dalam penelitian ini terdiri dari beberapa dokumen dari dinas kesehatan dan UPTD Puskesmas Turen (lihat table halaman 8,65,66,69,75,82, 83, 95, 97, 98, 99)

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk memperoleh atau menggunakan data dalam rangka memecahkan masalah dan mencapai tujuan menggunakan data dalam rangka memecahkan masalah dan mencapai tujuan penelitian. Instrumen penunjang yang digunakan oleh peneliti adalah :

1. Peneliti sendiri atau dengan bantuan orang lain merupakan alat pengumpul data utama. Jadi dalam hal ini peneliti sendiri merupakan instrumen penelitian, yaitu dalam pengumpulan data yang berhubungan dengan topic penelitian.
2. *Interview guide* (pedoman wawancara) adalah serangkaian pertanyaan yang hendak diajukan kepada pihak-pihak yang menjadi sumber data untuk mendapatkan data primer. Selain itu ada buku catatan lapangan (*fieldnote*) yaitu buku yang digunakan untuk mencatat informasi dari lapangan.
3. Alat penunjang lain seperti : alat tulis, buku catatan (*fieldnote*) serta alat-alat dokumentasi seperti *camera* dan *handphone*.

G. Analisis Data

Analisis data merupakan kegiatan untuk mengkaji atau menelaah seluruh data yang tersedia, yaitu dari wawancara, observasi, dan dokumentasi. Analisis data dimaksudkan untuk mendapatkan sesuatu yang serbaguna dalam mencapai kesimpulan atau memecahkan masalah. Moloeng (2004: 103) berpendapat bahwa analisis data adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data berdasarkan pola, kategori, dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dirumuskan hipotesa kerja seperti yang disarankan oleh data. Dalam melakukan analisis data kualitatif, menurut Miles, Huberman dan Saldana (2013:12) dapat melalui alur kegiatan yang meliputi:

1. Data Collection

Memahami bagaimana menyusun pengumpulan data (*data collection*) adalah satu kunci sukses keberhasilan dalam sebuah penelitian. *Data collection* merupakan sebuah proses untuk memastikan bahwa data yang terkumpul dalam penelitian berguna dan dapat diandalkan untuk mencapai hasil penelitian yang diinginkan.

2. Kondensasi data

Kondensasi data merupakan proses pemilihan, penyederhanaan dan transformasi data mentah yang didapat dari lapangan. Kondensasi data berlangsung terus menerus selama penelitian bahkan sebenarnya kondensasi data dapat dilakukan sebelum data terkumpul secara menyeluruh. Kondensasi data dilakukan dengan cara, data yang diperoleh di lokasi penelitian dituangkan

dalam uraian atau laporan secara lengkap dan terinci. Laporan lapangan disederhanakan, dirangkum, dipilih hal-hal pokok, difokuskan pada hal-hal penting yang kemudian dicari tema atau polanya, hal ini dilakukan secara terus menerus selama proses penelitian berlangsung dan pada tahap analisa data yang lain yaitu penyajian data dan penarikan kesimpulan/verifikasi.

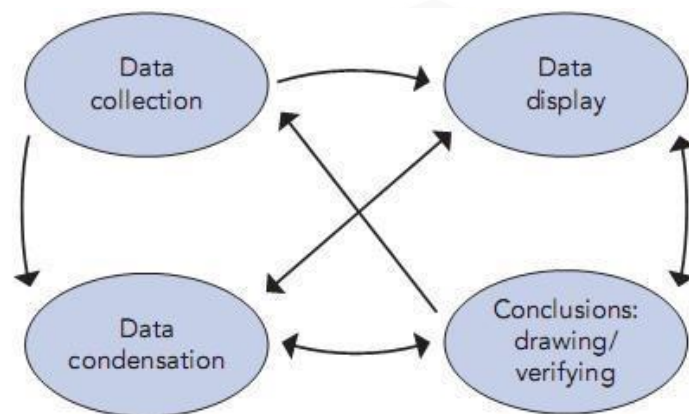
3. Penyajian data

Penyajian diartikan sebagai sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Penyajian-penyajian yang lebih baik merupakan suatu cara yang utama bagi analisis kualitatif yang valid. Penggunaan berbagai jenis matriks, grafik, jaringan, dan bagan untuk menggabungkan informasi yang tersusun dalam bentuk yang padu dan mudah diraih. Dengan demikian penganalisis dapat melihat apa yang sedang terjadi dan menentukan apakah menarik kesimpulan yang benar ataukah terus melangkah melakukan analisis yang menurut saran yang dikisahkan oleh penyajian sebagai sesuatu yang mungkin berguna.

4. Menarik Kesimpulan/Verifikasi

Penarikan kesimpulan perlu diverifikasi selama penelitian berlangsung. Hal ini dikarenakan makna-makna yang muncul dari data harus diuji kebenarannya, kekokohnya, yakni yang merupakan validitasnya. Jika tidak demikian, yang kita miliki adalah cita-cita yang menarik mengenai sesuatu yang terjadi dan yang tidak jelas kebenarannya dan kegunaannya. Inilah yang disebut validitas. Berdasarkan uraian analisa diatas maka dalam penyajian data dan penulisan

skripsi nantinya peneliti akan merujuk pada poin-poin diatas, sehingga diharapkan dalam proses penulisan skripsi nantinya bisa lebih terarah. Uraian analisa diatas dapat digambarkan kedalam bagan yang akan terlihat pada gambar sebagai berikut



Gambar 1. Model Analisis Data Interaktif

Sumber : Miles, Huberman dan saldana (2014 : 14)

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi dan Situs Penelitian

1. Gambaran Umum Kabupaten Malang

a) Kondisi Umum Wilayah Kabupaten Malang



Gambar 4. Peta Kabupaten Malang

Sumber : www.infokepanjen.com, 1 Februari 2018

Kabupaten Malang adalah sebuah kabupaten di Provinsi Jawa Timur, Indonesia. Kabupaten Malang adalah kabupaten terluas kedua setelah Kabupaten Banyuwangi dari 38 Kabupaten/Kota yang ada di Provinsi Jawa Timur dan merupakan kabupaten dengan populasi terbesar di Provinsi Jawa Timur. Kabupaten Malang juga merupakan kabupaten terluas ketiga di Pulau Jawa setelah Kabupaten Banyuwangi dan Kabupaten Sukabumi di Provinsi Jawa Barat. Hal ini didukung dengan luas wilayahnya 3.534,86 km² atau sama dengan 353.486 ha dan jumlah penduduknya 2.544.315 jiwa (tahun 2015). Ibukota Kabupaten Malang adalah Kepanjen. Kabupaten Malang juga dikenal sebagai daerah yang kaya akan potensi diantaranya dari pertanian, perkebunan, tanaman obat keluarga dan lain sebagainya. Disamping itu juga dikenal dengan obyek-obyek wisatanya (malangkab.go.id, 1 Februari 2018)

a) Sejarah Kabupaten Malang

Gambaran Umum Kabupaten Malang dijelaskan dalam malangkab.go.id (1 Februari 2017). Ketika kerajaan Singhasari dibawah kepemimpinan Akuwu Tunggal Ametung yang beristrikan Ken Dedes, kerajaan itu dibawah kekuasaan Kerajaan Kediri. Pusat pemerintahan Singhasari saat itu berada di Tumapel. Baru setelah muncul Ken Arok yang kemudian membunuh Akuwu Tunggal Ametung dan menikahi Ken Dedes, pusat kerajaan berpindah ke Malang, setelah berhasil mengalahkan Kerajaan Kediri. Kediri saat itu jatuh ke tangan Singhasari dan turun statusnya menjadi kadipaten. Sementara Ken Arok mengangkat dirinya sebagai raja

yang bergelar Prabu Kertarajasa Jayawardhana atau Dhandang Gendhis (1185 - 1222).

Kerajaan ini mengalami jatuh bangun. Semasa kejayaan Mataram, kerajaan-kerajaan di Malang jatuh ke tangan Mataram, seperti halnya Kerajaan Majapahit. Sementara pemerintahan pun berpindah ke Demak disertai masuknya agama Islam yang dibawa oleh Wali Songo. Malang saat itu berada di bawah pemerintahan Adipati Ronggo Tohjiwo dan hanya berstatus kadipaten. Pada masa-masa keruntuhan itu, menurut Folklore, muncul pahlawan legendaris Raden Panji Pulongjiwo. Ia tertangkap prajurit Mataram di Desa Panggungrejo yang kini disebut Kepanjen (Kepanji-an). Hancurnya kota Malang saat itu dikenal sebagai Malang Kutho Bedhah.

Pada zaman VOC, Malang merupakan tempat strategis sebagai basis perlawanan seperti halnya perlawanan Trunojoyo (1674-1680) terhadap Mataram yang dibantu VOC. Menurut kisah, Trunojoyo tertangkap di Ngantang. Awal abad XIX ketika pemerintahan dipimpin oleh Gubernur Jenderal, Malang seperti halnya daerah-daerah di nusantara lainnya, dipimpin oleh Bupati.

Bupati Malang I adalah Raden Tumenggung Notodiningrat I yang diangkat oleh pemerintah Hindia Belanda berdasarkan resolusi Gubernur Jenderal 9 Mei 1820 Nomor 8 Staatblad 1819 Nomor 16. Kabupaten Malang merupakan wilayah yang strategis pada masa pemerintahan kerajaan-kerajaan. Bukti-bukti yang lain, seperti beberapa prasasti yang ditemukan menunjukkan daerah ini telah ada sejak abad VIII dalam bentuk Kerajaan Singhasari dan beberapa kerajaan kecil lainnya seperti

Kerajaan Kanjuruhan seperti yang tertulis dalam Prasasti Dinoyo. Prasasti itu menyebutkan peresmian tempat suci pada hari Jum'at Legi tanggal 1 Margasirsa 682 Saka, yang bila diperhitungkan berdasarkan kalender kabisat jatuh pada tanggal 28 Nopember 760. Tanggal inilah yang dijadikan patokan hari jadi Kabupaten Malang. Sejak tahun 1984 di Pendopo Kabupaten Malang ditampilkan upacara Kerajaan Kanjuruhan, lengkap berpakaian adat zaman itu, sedangkan para hadirin dianjurkan berpakaian khas daerah Malang sebagaimana ditetapkan. (malangkab.go.id, 1 Februari 2018)

b) Visi dan Misi Kabupaten Malang

Visi Kabupaten Malang adalah :

“Terwujudnya Kabupaten Malang yang MADEP MANTEB MANETEP”. Secara terperinci rumusan visi tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut : “Terwujudnya Kabupaten Malang yang Istiqomah dan Memiliki Mental Bekerja Keras Guna Mencapai Kemajuan Pembangunan yang Bermanfaat Nyata untuk Rakyat Berbasis Pedesaan”. Penggunaan istilah MADEP-MANTEB-MANETEP merupakan filosofi pembangunan yang bukan hanya memiliki arti yang baik, melainkan juga memiliki akar historis pada kebudayaan nusantara dan Kabupaten Malang. Oleh karena itu, MADEP-MANTEB-MANETEP bukanlah sebuah akronim, melainkan memiliki kesatuan makna yang tidak dapat dipisahkan satu sama lain.

Misi Pembangunan Kabupaten Malang untuk 5 tahun kedepan adalah sebagai berikut :

- 1) Memantapkan kesadaran dan partisipasi masyarakat dalam pembangunan guna menunjang percepatan revolusi mental yang berbasis nilai keagamaan yang toleran, budaya lokal, dan supremasi hukum;
- 2) Memperluas penerapan dan reformasi birokrasi demi tata kelola pemerintahan yang bersih, efektif, akuntabel dan demokratis berbasisteknologi informasi;
- 3) Melakukan percepatan pembangunan dibidang pendidikan, kesehatan, dan ekonomi guna meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM);
- 4) Mengembangkan ekonomi masyarakat berbasis pertanian, pariwisata, dan industri kreatif;
- 5) Melakukan percepatan pembangunan desa melalui penguatan kelembagaan, peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), dan pengembangan produk unggulan desa;
- 6) Meningkatkan ketersediaan infrastruktur jalan, transportasi, telematika, sumber daya air, permukiman dan prasarana lingkungan yang menunjang aktivitas sosial ekonomi kemasyarakatan;
- 7) Memperkokoh kesadaran dan perilaku masyarakat dalam menjaga kelestarian lingkungan hidup.

Secara substantif, tujuh misi pembangunan Kabupaten Malang Tahun 2016-2021 dapat dikelompokkan dalam dua dimensi pokok, yaitu :

- 1) Konsep dan arah pembangunan yang bersifat ekonomis dan materiil.
- 2) Konsep dan arah pembangunan yang bersifat non-ekonomis dan non-materiil (malangkab.go.id, 1 Februari 2018).

c) Letak Geografis dan Batas Wilayah

Kabupaten Malang terletak pada $112^{\circ}17'10,90''$ sampai $112^{\circ}57'00''$ Bujur Timur, $7^{\circ}44'55,11''$ sampai $8^{\circ}26'35,45''$ Lintang Selatan (malangkab.go.id, 1 Februari 2018). Batas wilayah administratif Pemerintah Kabupaten Malang adalah :

- 1) Sebelah utara : Kabupaten Pasuruan dan Mojokerto
- 2) Sebelah timur : Kabupaten Probolinggo dan Lumajang
- 3) Sebelah barat : Kabupaten Blitar dan Kabupaten Kediri
- 4) Sebelah selatan : Samudra Indonesia (malangkab.go.id, 1 Februari 2018).

d) Geologi

Kabupaten Daerah Tingkat II Malang merupakan Daerah Dataran Tinggi, wilayah ini dipagari oleh :

- 1) Utara : Gunung Anjasmoro (2.277m) dan Gunung Arjuno (3.399m)
- 2) Timur : Gunung Bromo (2.392m) dan Gunung Semeru (3.676m)
- 3) Barat : Gunung Kelud (1.731m)
- 4) Selatan: Pegunungan Kapur (650m) dan Gunung Kawi (2.625m)
(malangkab.go.id, 1 Februari 2018).

e) Topografi

- 1) Daerah dataran rendah terletak pada ketinggian 250-500m diatas permukaan air laut
- 2) Daerah dataran tinggi

- 3) Daerah perbukitan kapur
- 4) Daerah lereng Gunung Kawi-Arjuno (500-3300m diatas permukaan air laut)
- 5) Daerah Lereng Tengger-Semeru di Bagian Timur (500-3600m diatas permukaan air laut) (malangkab.go.id, 1 Februari 2018).

f) Fisiologi

Kondisi lahan di Kabupaten Malang bagian utara relatif subur, sementara di sebelah selatan kurang subur. Masyarakat Kabupaten Malang umumnya bertani, terutama yang tinggal di wilayah pedesaan. Sebagian lainnya telah berkembang sebagai masyarakat industri (malangkab.go.id, 1 Februari 2018).

g) Hidrologi

Sungai-sungai yang mengalir mempunyai pengaruh yang besar bagi perekonomian yang agraris yaitu :

- 1) Kali Brantas : bermata air Dk. Sumber Brantas, Desa Tulungrejo (Batu), membelah Kabupaten Malang menjadi dua dan di wilayah ini berakhir di Bendungan Karangates
- 2) Kali Konto: mengalir melintasi wilayah Kabupaten Pujon dan Ngantang dan berakhir di Bendungan Selorejo (Ngantang)
- 3) Kali Lesti : mengalir di bagian timur, wilayah Kecamatan Turen, Dampit dan sekitarnya. Disamping puluhan anak sungai yang mempunyai arti penting

- 4) Kali Amprong: mengalir di bagian timur, wilayah Kecamatan Poncokusumo dan Tumpang (malangkab.go.id, 1 Februari 2018).

h) Sumber Daya dan Fasilitas Kesehatan Kabupaten Malang

Sumber daya kesehatan dan fasilitas kesehatan adalah hal yang paling penting karena merupakan penentu keberhasilan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Sumber daya tenaga kesehatan di Kabupaten Malang dibedakan menjadi dua yaitu kesehatan pada dinas kesehatan dan puskesmas serta tenaga kesehatan pada rumah sakit. Berikut sumber daya kesehatan yang dimiliki Kabupaten Malang pada tahun 2016 dapat dilihat di tabel di bawah ini:

Tabel 3. Sumber Daya Kesehatan Kabupaten Malang pada Dinas Kesehatan dan Puskesmas Tahun 2016

NO	Jenis Tenaga	CP/CPNS	PTT	Kontrak	Sukwan	Jumlah
1	2	3	4	5	6	7
1	Dokter	40	3	0	4	47
2	Dokter Gigi	32	3	0	2	37
3	Bidan	370	173	0	17	560
4	Perawat	173	388	35	34	630
5	Perawat Gigi	21	0	1	1	23
6	Gizi	36	0	1	1	38
7	Farmasi	43	0	1	4	48
8	Analisis Kesehatan	29	0	1	4	34
9	Penyuluh Kesehatan	10	0	0	0	10
10	Epidemiologi	3	0	0	0	3
11	Entomolog	1	0	0	0	1
12	Sanitarian	35	0	1	2	38
13	Struktural Es IV	15	0	0	0	15

1	2	3	4	5	6	7
14	Struktural Es III	5	0	0	0	5
15	Struktural Es II	1	0	0	0	1
16	Umum	212	0	118	110	440
	Jumlah	1.026	567	158	179	1.930

Sumber: Data Sekunder Hasil Penelitian (Dokumen Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, 2018)

Tabel 4. Sumber Daya Kesehatan Kabupaten Malang pada Rumah Sakit di Kabupaten Malang Tahun 2016

NO	Jenis Tenaga	Jumlah
1	Dokter	461
2	Dokter Gigi	36
3	Bidan	251
4	Perawat	1.474
5	Perawat Gigi	10
6	Gizi	57
7	Farmasi	141
8	Teknisi Medis	100
9	Keterapian Fisik	19
10	Epidemiologi	0
11	Kesehatan Masyarakat	15
12	Sanitarian	16
13	Umum	1.156
	Jumlah	3.736

Sumber: Data Sekunder Hasil Penelitian (Dokumen Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, 2018)

Sedangkan fasilitas kesehatan yang dimiliki oleh Kabupaten Malang adalah:

Tabel 5. Fasilitas Kesehatan Kabupaten Malang Tahun 2016

NO	Milik	Fasilitas	Jumlah
1	2	3	4
1	Pemerintah	Rumah Sakit Umum	4
2		Rumah Sakit Jiwa	1
3		Puskesmas Perawatan	39
4		Puskesmas Pembantu	93
5		Mobil Puskesmas Keliling	93

1		2	3	4
6		Swasta	Rumah Sakit Umum	12
7			Rumah Sakit Jiwa	2
8			Rumah Sakit Bersalin	3
9			Rumah Sakit Bedah	1
10			Klinik Rawat Inap	12
11			Klinik Rawat Jalan	44
12			Apotek	122

Sumber: Data Sekunder Hasil Penelitian (Dokumen Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, 2018)

B. Gambaran Umum Kecamatan Turen

1. Letak Geografis Kecamatan Turen

Gambar 5. Peta Kecamatan Turen



Sumber: Google Maps, 2018

Kecamatan Turen adalah salah satu dari 33 Kecamatan di Kabupaten Malang, terletak 15 km arah selatan dari Kota Malang, yang merupakan pusat pengembangan

kawasan Malang Timur sampai Selatan. Kecamatan Turen terdiri dari 17 desa, 138 RW dan 551 RT. Adapun 17 desa di Kecamatan Turen yaitu :

1. Desa Gedog Kulon
2. Desa Gedog Wetan
3. Desa Jeru
4. Desa Kedok
5. Desa Kemulan
6. Desa Pagedangan
7. Desa Sanankerto
8. Desa Senanrejo
9. Desa Sawahan
10. Desa Sedayu
11. Desa Talangsuko
12. Desa Talok
13. Desa Tanggung
14. Desa Tawangejeni
15. Desa Tumpuk renteng
16. Desa Turen
17. Desa Undaan

Sedangkan batas wilayah Kecamatan Turen adalah:

1. Wilayah utara berbatasan dengan Kecamatan Wajak dan Bululawang

2. Wilayah Timur berbatasan dengan Kecamatan Wajak dan Dampit
3. Wilayah selatan berbatasan dengan Kecamatan Sumbermanjing wetan
4. Wilayah barat berbatasan dengan Kecamatan Gondanglegi dan Pagelaran
(malangkab.go.id, 1 Februari 2018)

2. Kondisi Demografis Kecamatan Turen

Data Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten Malang, pada Tahun 2015 jumlah penduduk Kecamatan Turen adalah 114.108 jiwa dengan jumlah penduduk laki-laki sebanyak 57.449 jiwa dan penduduk perempuan sebanyak 56.659 jiwa. (BPS, 2015)

3. Sumber Daya dan Fasilitas Kesehatan Kecamatan Turen

Kondisi yang ikut menunjang kesehatan masyarakat adalah membaiknya prasarana rumah tinggal yang dilengkapi dengan jamban yang memenuhi syarat kesehatan, termasuk peran serta petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dan juga sebagai pelaksana program sehat lingkungan khususnya di desa terpencil. Berdasarkan data BPS Kabupaten Malang pada tahun 2016, untuk menunjang kelancaran pendekatan pelayanan tugas-tugas di bidang kesehatan didukung adanya sumber dan fasilitas kesehatan baik dipuskesmas maupun pelayanan umum dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel 6. Sumber Daya dan Fasilitas Kesehatan Kecamatan Turen

No.	Sumber Daya dan Fasilitas Kesehatan	Jumlah
1	2	3
1	Rumah Sakit	1
2	Rumah Bersalin	2

1	2	3
3	Puskesmas	1
4	Posyandu	148
5	Klinik/Balai Kesehatan	2
6	Polindes	17
7	Tenaga Dokter	7
8	Bidan	15
9	Perawat	78

Sumber: Data Sekunder Hasil Penelitian (Dokumen Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, 2018)

C. Gambaran Umum UPTD Puskesmas Permata Turen

UPTD Puskesmas Permata Turen adalah salah satu puskesmas yang berada di Kecamatan Turen Kabupaten Malang. Puskesmas ini terletak di Jalan Panglima Sudirman Nomor 120, Kecamatan Turen. Kepala Puskesmas Turen adalah dr. T. Prayitno Notohusodo. Wilayah kerja Puskesmas Turen seluas 6.041 km² dan terdiri dari 2 kelurahan dan 17 desa. Adapun peta wilayah kerja Puskesmas Turen adalah sebagai berikut:



Gambar 6. Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Turen

Sumber : Data Primer Hasil Observasi Peneliti, 2018

1. Keadaan umum

Geografi :

- Wilayah kerja puskesmas Turen merupakan sebagian dari wilayah kecamatan Turen, terdiri dari 2 kelurahan dan 17 desa; kelurahan Turen dan Kelurahan Sedayu desa Sanankerto, Sananrejo, Kedok, Tumpukrenteng, Talangsuko, Jeru, Tanggung, Pagedangan, Talok, Undaan, Gedogkulon, Gedogwetan, Tawangrejeni, Sawahan dan Kemulan
- Wilayah kerja Puskesmas Turen berbatasan dengan
Utara : Kec. Wajak

Timur : Kec Dampit
 Selatan : Kec.Sumbermanjing Wetan
 Barat : Kec. Gondanglegi

c. Wilayah kerja Puskesmas Turen terdiri dari:

Desa/kelurahan : 17 desa/ 2 kelurahan
 RT : 712 RT
 R W : 177 RW
 KK : 34.759 KK
 GAKIN : 9.506 KK
 NON GAKIN : 25.253 KK
 Rumah : 16.202 rumah
 Posyandu : 148 posyandu aktif, yang terdiri dari posyandu;
 1. Pratama : 2
 2. Madya : 75
 3. Purnama : 66
 4. Mandiri : 5

d. Karakteristik Daerah

Wilayah kerja Puskesmas Turen termasuk kec Turen merupakan wilayah perkebunan kopi dan merupakan daerah pegunungan pedesaan dengan berbagai permasalahan. Sebagian besar penduduk berpenghasilan sebagai petani dan pengusaha Home Industri rumah tangga

Ketinggian 528 m dari permukaan laut (ditengah kota).

Tertinggi 751 m di desa Sanankerto

Terendah 378 m

Luas wilayah 6.041 km².

Hubungan lalu lintas antar desa/kelurahan di beberapa tempat jalan masih tanah atau berbatu, tetapi masih dapat dilalui kendaraan roda 2 atau roda 4 dengan

kondisi baik dengan jarak tempuh kurang dari 15 menit Jarak dari Puskesmas ke :

- Kantor Kabupaten Malang 15 km
- Dinas Kesehatan di Kepanjen 15 km
- RS Saiful Anwar 25 km
- RSUD Kepanjen 15 km

Data demografi :

Jumlah penduduk kecamatan Turen 117.126 jiwa

terdiri dari laki-laki 58.956 jiwa

perempuan 58.169 jiwa

(jumlah penduduk berdasarkan Proyeksi Penduduk Jawa Timur Per Kabupaten/Kota 2010 – 2020, umpan balik dari Dinas Kesehatan Kabupaten Malang).

Data sarana

a. Sarana pendidikan

TK : 50 buah; SD : 72 buah; SLTP : 20 buah; SLTA : 15 buah dan Pondok Pesantren : 25 buah.

Puskesmas Turen melayani 15 jenis poli layanan mulai dari hari senin hingga. Jam layanan dibagi menjadi dua yaitu jam layanan pagi dan jam layanan sore. Adapun rincian hari dan jam pelayanan Puskesmas dapat dilihat pada gambar berikut ini:



No.	POLI LAYANAN	HARI	JAM
1	Poli Umum		
2	Poli Gigi		
3	Poli KIA-KB		
4	Poli Kesehatan Reproduksi Remaja		
5	Poli Infeksi Menular Seksual	Senin – Kamis	07.30 – 14.00
6	Poli VCT (Voluntary Counseling Test)	Jum'at	07.30 – 11.00
7	Laboratorium	Sabtu	07.30 – 13.00
8	Immunisasi dasar Lengkap		
9	Apolik/kamar Obat		
10	Konseling Gizi		
11	Konseling Sanitasi Lingkungan		
12	Persalinan		
13	Unit Gawat Darurat 24Jam	Senin - Minggu	
14	Unit Ambulance		
15	Rawat Inap		

No.		HARI	JAM SORE
1	Poli Umum		14.00 - 19.00
2	Poli KIA-KB		
3	Apolik/kamar Obat	Senin – Kamis	14.00 - 19.00
4	Laboratorium	Jum'at	On call
		Sabtu	
5	Persalinan		
6	Unit Gawat Darurat 24Jam	Senin - Minggu	24 Jam
7	Unit Ambulance		
8	Rawat Inap		

No. Pengaduan / Informasi
0341-8223771

Gambar 7. Jenis Layanan dan Jadwal Pelayanan UPTD Puskesmas Turen
Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti, 2018

1. Visi, Misi, Motto dan Icon UPTD Puskesmas Turen

Dalam memberikan pelayanan, Puskesmas Turen memiliki visi, misi dan motto antara lain:

Visi:

Terwujudnya masyarakat Turen yang berkeadilan dan mandiri

Misi:

1. Meningkatkan kualitas manajemen pemerintahan bidang kesehatan di Kecamatan Turen yang efektif dan professional
2. Meningkatkan kualitas sumber daya kesehatan yang merata dan berkeadilan di masyarakat Kecamatan Turen
3. Meningkatkan keterjangkauan akses pelayanan kesehatan di Kecamatan Turen yang berkualitas dan berkeadilan
4. Meningkatkan kemandirian masyarakat Kecamatan Turen di bidang Kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat, swasta dan kerjasama lintas sektor.

Motto:

Berubah untuk lebih baik

Tata Nilai atau *Icon*:

- P** : Perasaan tulus ikhlas
- E** : Energik dalam menjalankan tugas
- R** : Ramah
- M** : Manajemen terkendali
- A** : Adil
- T** : Taqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa

A : Aman sentosa

2. Ketenagaan

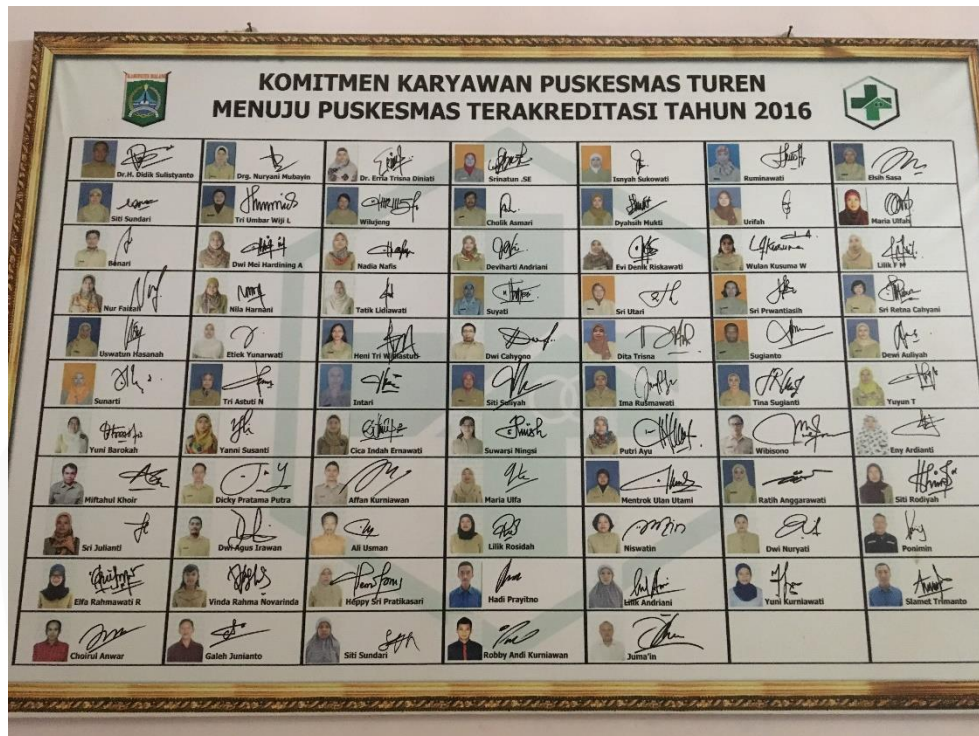
Pegawai di UPTD Puskesmas Turen berjumlah 80 orang dimana 30 orang diantaranya merupakan Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan 50 orang non PNS. Adapun rinciannya dapat dilihat dari tabel di bawah ini:

Tabel 7. Jumlah Pegawai UPTD Puskesmas Turen

No	Keterangan	Pendidikan	Jumlah	PNS	Non PNS
1	Dokter	Dokter Umum	3	1	2
2		Dokter gigi	1	1	
3	Bidan	D4	3	3	15
4		D3	17	2	2
5		P2P (D1)	8	6	
6	Perawat	S2	4	4	18
7		D3	20	2	1
8		SPK	4	3	1
9		Analisis	1		
10		Asisten apoteker	1	1	
11		D3 gizi	1	1	
12		D3 Kesling	1	1	
13		Perawat gigi	1	1	
14		SMA	7	1	6
15		SMP	5	2	3
16		SD	2		2
17	Apoteker	Apoteker	1		1
	JUMLAH		80	30	50

Sumber: Data Sekunder Hasil Penelitian (Dokumen Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, 2018)

Seluruh pegawai telah berkomitmen untuk memberikan pelayanan terbaik sesuai dengan visi dan misi UPTD Puskesmas Turen melalui penandatanganan komitmen pegawai seperti berikut ini :



Gambar 8. Komitmen Pegawai UPTD Puskesmas Turen

Sumber : Data Primer Hasil Observasi Peneliti, 2018

3. Jenis/ Poli Layanan UPTD Puskesmas Permata Turen

UPTD Puskesmas Turen melayani 15 Jenis/Poli layanan yaitu:

1. Poli umum
2. Poli Gigi
3. Poli KIA-KB

4. Poli kesehatan reproduksi remaja
5. Poli infeksi menular seksual
6. Poli VCT (Voluntari Conseling Test)
7. Laboratorium
8. Immunisasi dasar lengkap
9. Persalinan
10. Unit Gawat Darurat (UGD)
11. Unit *Ambulance*
12. Apotek
13. Rawat inap
14. Konseling gizi
15. Konseling sanitasi lingkungan

D. Gambaran Umum Program *Home Care* Permata

1. Latar Belakang Program *Home Care* Permata

Wilayah kerja Puskesmas Turen seluas 6.041 km terdiri dari 17 desa dan 2 kelurahan dengan jumlah penduduk tahun 2014 sebanyak 115.337 jiwa. Mayoritas penduduk adalah petani dengan tingkat pendidikan rata-rata Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP) dan Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA). Upaya kesehatan promotif dan preventif yang dilaksanakan puskesmas belum efektif dan efisien dalam meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup bersih dan sehat. Pemanfaatan puskesmas masih didominasi oleh masyarakat

yang sakit. masih ada budaya datang ke puskesmas jika suda dalam kondisi sakit. Hal ini terlihat pada angka kunjungan rawat jalan maupun rawat inap yang sebanding dengan angka kesakitan yang terjadi. Dalam rangka mengurangi kondisi rentan terhadap resiko sakit, dan melaksanakan amanah peraturan perundangan-undangan terkait jaminan kesehatan, diperlukan suatu perubahan pola pikir di masyarakat dari paradigma sakit menjadi paradigma sehat melalui pendekatan individu, keluarga dan masyarakat, kepala UPTD puskesmas Turen memutuskan untuk melaksanakan program “*Home Care Permata*”.

Program *home care* di prakarsai oleh Unit Pelaksanaan Teknis Daerah (UPTD) Puskesmas Turen dr. Didik Sulistyanto untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Turen agar puskesmas berfungsi secara ideal. Menurutnya, puskesmas sebaiknya menyadarkan masyarakat mengenai kesehatan. Puskesmas bukan seperti rumah sakit yang menampung orang-orang sakit. Dengan adanya puskesmas, seharusnya semakin sedikit orang yang sakit. dr. Didik Sulistyanto melakukan upaya menanamkan pola pikir dari paradigma sakit menjadi paradigma sehat sebagai wujud menjalankan amanah Peraturan Menteri Kesehatan No 75 Tahun 2014. Kegiatan dilaksanakan dengan mendatangi rumah pasien *pasca* rawat di Puskesmas untuk memberikan konseling, informasi, dan edukasi pada pasien dan keluarga bagaimana merawat dan menjaga supaya penyakitnya tidak kambuh lagi. Selain mendatangi rumah pasien, program ini juga memberikan edukasi tentang jamban sehat dan rumah sehat. Program tersebut juga memperoleh penghargaan

sebagai *Top Inovasi Pelayanan Publik* 2016 yang diselenggarakan oleh kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (KEMENPAN-RB).



Gambar 9. Apresiasi Program Home Care Permata

Sumber : Data Primer Hasil Observasi Peneliti, 2018

Visi dan Misi program *Home Care Permata*

Program home care mempunyai visi dan misi dalam pelaksanaannya, antara lain:

Visi:

Merubah pola pikir paradigma sakit menjadi paradigma sehat

Misi:

1. Mengoptimalkan tupoksi perawat dan bidan dalam program perawatan kesehatan masyarakat
2. Mengoptimalkan program promotif dan preventif dengan menitikberatkan partisipasi masyarakat
3. Mengoptimalkan kontak serumah petugas kesehatan dengan individu, keluarga dan masyarakat

2. Pengorganisasian *Home Care* Permata

Gambar 10. Struktur Organisasi Pelaksanaan Program Home Care Permata

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti, 2018

Program *home care* permata ini dijalankan dengan melibatkan beberapa pihak-pihak sebagai pendukung program sesuai dengan peran, tugas dan kewenangan masing-masing yaitu:

1. Kepala Puskesmas Turen

dr. T Priyatno Notohusiodo sebagai penanggung jawab Puskesmas Turen tidak hentinya untuk melakukan sosialisasi kegiatan *home care* termasuk membuat alur pikir, kerangka konsep dan mekanisme kerja program.

2. Perawat Koordinator

Dita Trisna N diberi wewenang sebagai Sebagai pemegang program berperan sebagai koordinator dan komunitator permasalahan yang ditemukan pada saat *home care*. Pemegang program menindaklanjuti permasalahan yang ditemukan pada saat kegiatan *home care*.

3. Perawat Desa

Perawat ponkesdes sebanyak 17 orang tersebar di setiap desa dengan tugas pokok dan fungsi sebagai tenaga pelaksana kegiatan *home care*. Perawat ponkesdes diberikan tugas sebagai tenaga pelaksana utama dalam kegiatan program *home care*.

4. Bidan Desa

Bidan desa sebanyak 17 orang sebagai partner kerja dalam kegiatan *home care* khususnya yang berkaitan dengan program kesehatan ibu dan anak di desa/kelurahan. Dalam hal perawat ponkesdes menemukan/melakukan

kunjungan pada kasus kebidanan, perawat berkolaborasi dengan bidan desa dalam melaksanakan kegiatan home care.

Tabel 8. Nama bidan dan perawat desa *home care*

NO	DESA	PERAWAT	BIDAN
1	Sanankerto	Wibisono	Heppy
2	Sananrejo	Nurfaiza	Nadia
3	Kedok	Devi harti	Intari
4	Tumpuk renteng	Eny ardiyanti	Evi denik
5	Talang suko	Sekajeng	Tina Susianti
6	Jeru	Agus Erwinanto	Uskwatun
7	Tanggung	Maria Ulfa	Sunarni
8	Turen	Demantera	Rika
9	Pagedangan	Dwi Mey	Tri Astuti
10	Talok	Yuni Barokah	Yuyun
11	Sedayu	Cica	Wulan Kusuma
12	Undaan	Suwarsiningsih	Siti Suliyah
13	Gedong kulon	Tatik lidia	Vinda Rahma
14	Gedong wetan	Lusi	Ima Rusdianti
15	Tawang rejeni	Nila Hamani	Lilik Farihah
16	Sawahan	Bonari	Maria Ulfa
17	Kemulan	Yanni Susanti	Elfa

Sumber: Data Sekunder Hasil Penelitian (Dokumen UPTD Puskesmas Turen, 2018)

5. Pemerintah desa, tokoh masyarakat, tokoh agama, pengurus desa/kelurahan siaga, Lembaga Permusyawaratan Masyarakat Desa (LPMD), kader kesehatan, forum

masyarakat peduli kesehatan (Forum Masyarakat Madani) se-Kecamatan Turen. Keterlibatan semua elemen masyarakat tersebut sebagai panutan, penggerak dan motivator dalam mengatasi masalah kesehatan di desa/kelurahan.

3. Sumber Dana

Program *home care* permata di UPTD Puskesmas Turen mendapatkan dukungan komitmen semua pihak termasuk pemangku kepentingan juga mendapatkan dukungan. Dana program *home care* bersumber dari:

1. APBN berupa BOK (Bantuan Operasional Kesehatan)
2. APBD berupa Dana Operasional Puskesmas
3. Dana Kapitasi/akses
4. Dana Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat)
5. Dana Jampersal (Jaminan Persalinan)

Adapun rinciannya dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 9. Rincian Dana *Home Care*

NO	SUMBER DANA	2013	2014	2015
1	Operasional Puskesmas	437.346.000	438.578.660	617.220.000
2	BOK	113.657.000	113.657.000	185.000.000
3	Kapitasi/Akses	92.195.425	2.005.492.150	2.827.271.850
4	Jamkesmas	194.301.000	207.490.000	
5	Jampersal	262.480.000	111.325.000	

Sumber: Sumber: Data Sekunder Hasil Penelitian (Dokumen UPTD Puskesmas Turen, 2018)

4. Standar Operasional Prosedur (SOP) Program *Home Care* Permata

SOP program *home care* Permata di bagi menjadi lima bagian yaitu:

1. Pengertian

Home Care Permata adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu atau keluarga di tempat tinggal mereka untuk meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan dan meningkatkan tingkat kemandirian serta meminimalkan akibat serangan penyakit.

2. Tujuan

Tujuan *home care* Permata adalah sebagai acuan langkah – langkah penerapan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu atau keluarga di tempat tinggal mereka untuk meningkatkan, mempertahankan tingkat kemandirian serta meminimalkan akibat serta serangan penyakit.

3. Persiapan

Adapun tahap – tahap persiapan adalah sebagai berikut :

- a. Penanggungjawab teknis menentukan sasaran *home care*
- b. Penanggung teknis membagi tugas ke tim pelaksana
- c. Pelaksana kegiatan membuat jadwal pelaksanaan
- d. Petugas menyiapkan instrumen *home care* (*home care kit*) yaitu:
 1. Tensi meter
 2. *Stetoscope*

3. Patella hammer
 4. Timbangan badan
 5. *Thermometer*
 6. Alat lab sederhana
 7. Seneter/ *flash light*
4. Pelaksanaan
- a. Memberikan salam dan memperkenalkan diri
 - b. Menyampaikan maksud dan tujuan
 - c. Melakukan pengkajian meliputi:
 1. Identitas (nama, umur, jenis kelamin) dan nama Kartu Keluarga (KK)
 2. Riwayat penyakit
 3. Riwayat pengobatan
 4. Observasi/pemeriksaan Tanda-Tanda Vital (TTV)
 5. Pengkajian kondisi rumah dan kebiasaan sehari-hari terkait dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
 - d. Analisis data
 - e. Menentukan prioritas
 - f. Menyusun intervensi dan implementasi
 - g. Melakukan evaluasi
 - h. Menentukan tingkat kemandirian keluarga
 - i. Pengkajian lingkungan sekitar lima rumah (*home visit*) di sekitar rumah pasien

- j. Mendokumentasi seluruh proses
 - k. Mengkonsultasikan hasil pengkajian dengan pemegang program
 - l. Pemegang program menganalisis hasil kegiatan
 - m. Pemegang program melakukan rujukan internal pada permasalahan yang memerlukan penanganan lintas program
 - n. Pelaksana penanggungjawab melakukan intervensi bersama dengan lintas program terkait
 - o. Mendokumentasikan seluruh proses terkait *home care*
5. Prosedur
- a. Membuat rencana tindak lanjut mengenai penanganan keluhan pengguna layanan
 - b. Menentukan prioritas pengguna layanan yang bisa dilaksanakan terlebih dahulu
 - c. Menginformasikan hasil tindak lanjut keluhan kepada pengguna layanan

Sumber: Dokumen UPTD Puskesmas Turen

E. Penyajian Data

1. Evaluasi pelaksanaan Program *Home Care* Permata di Puskesmas Turen Kabupaten Malang

Pengukuran evaluasi program yang dikembangkan oleh Bridgman dan Davis mengacu pada empat faktor yaitu : evaluasi *input*, evaluasi *process*, evaluasi *outputs* dan evaluasi *outcomes* (Bridgman dan Davis dalam Lintjewas, 2016). Adapun penjelasannya sebagai berikut:

a. Evaluasi *Input* program *Home Care* Permata

Evaluasi *input* merupakan evaluasi terhadap semua potensi yang harus tersedia sebagai modal awal suatu kegiatan atau program. Evaluasi *input* memfokuskan pada penilaian apakah sumber daya pendukung dan bahan-bahan dasar yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan atau program. Berkaitan dengan sumber daya manusia, prosedur, sumber daya anggaran, infrastruktur pendukung lainnya dalam pelaksanaan suatu kegiatan atau program. Pemenuhan semua potensi sebagai pembentukan awal program tentunya memerlukan sumber daya anggaran yang cukup.

Evaluasi *Input* dalam hal ini adalah sasaran dan tujuan program *Home Care* *Permata*. Sasaran utama program *home care* adalah keluarga rawan dengan masalah kesehatan pasca perawatan di puskesmas Turen. Seperti yang disampaikan ibu Dita Trisnaningtyas selaku perawat koordinator UPTD Puskesmas Turen yaitu :

“Sasaran awal itu kita yaitu dari keluarga beresiko/rawan penentuan keluarga beresiko dikaji berawal dari yang selesai rawat inap di puskesmas itu kan masih dalam kondisi rawan, itu yang biasanya yang kita prioritaskan buat *home care* mbak, selain itu juga memprioritaskan penyakit – penyakit yang membutuhkan penanganan jangka panjang seperti hipertensi, diabetes mellitus, atau kalau misalkan penyakit menular seperti demam berdarah (DB) kita tau sendiri kan penyebabnya nyamuk kalau dengan melakukan kunjungan rumah kan tau nanti lingkungan baik di keluarga tersebut” (wawancara pada Hari Senin, 19 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)

Peneliti juga melakukan wawancara dengan ibu Rika selaku bidan desa *home care* Permata yang menyampaikan bahwa:

“ kalau bidan itu memprioritaskan ibu – ibu hamil dan anak mbak, atau ibu yang selesai melahirkan nah itu kan membutuhkan perawatan, terus kalau anak misalkan bayi kuning itu biasa kita *home care* juga mbak cara perawatannya bagaimana nah itu nanti kita pantau” (wawancara pada Hari Rabu, 22 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)

Bapak Latif selaku Kepala Dusun Desa Sanankerto meyakini bahwa:

“ program *home care* ini sudah tepat sasaran mbak, banyak warga disini yang habis rawat inap di puskesmas mendapat pelayanan *home care* warga yang rawat jalan juga ada yg mendapat pelayanan *home care*, kebetulan saya yang menemani kegiatan *home care* yang dilakukan oleh puskesmas turen ini” (wawancara pada Hari Kamis, 23 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)

Peneliti menyimpulkan berdasarkan hasil wawancara diatas bahwa Program *home care* memiliki sasaran/target utama pada keluarga rawan / keluarga beresiko. Penentuan keluarga beresiko dikaji berawal dari pasien-pasien puskesmas baik rawat jalan maupun rawat inap dengan kriteria pasien yang menderita penyakit dengan resiko yang memerlukan tindak lanjut asuhan keperawatan di rumah yang tentu saja memerlukan keterlibatan anggota keluarga. Peran pasien, anggota keluarga dan keterlibatan semua elemen masyarakat tersebut memberikan kontribusi yang besar dalam keberhasilan proses asuhan keperawatan berbasis masyarakat (*Community Health Nursing*). *Home care* Puskesmas Turen berjalan sebagaimana yang diinginkan karena mendapatkan dukungan dari semua pihak terkait. Pemangku kepentingan terlibat dalam program sesuai peran, tugas, dan kewenangan masing - masing. Dengan keterlibatan semua pemangku kepentingan, tujuan program *home care* untuk meningkatkan partisipasi aktif masyarakat mengatasi masalah kesehatan dapat

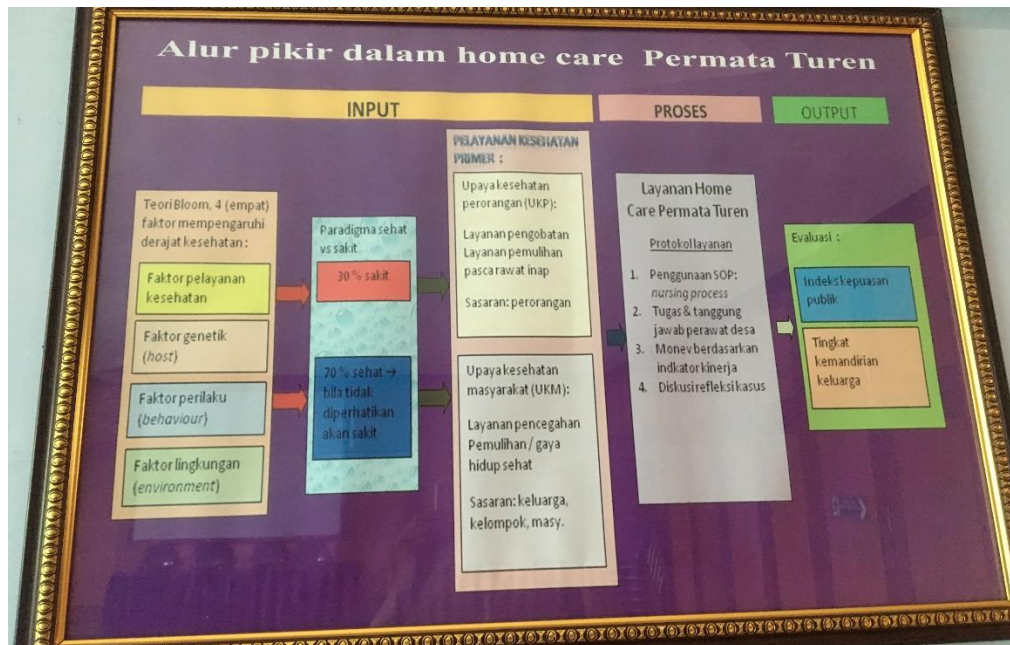
memberikan hasil yang sangat bermakna. Seperti yang disampaikan dr. T Prayitno

Notohusodo selaku kepala UPTD Puskesmas Turen yaitu:

“tujuan yang pertama itu merubah pola pikir masyarakat dari paradigma sakit menjadi paradigma sehat, saat ini kan 70% pasien itu datang ke puskesmas dalam kondisi sudah sakit, nah kita ingin merubah itu jadi pasien yang datang ke puskesmas itu berkonsultasi jadi penyakit – penyakit yang diderita bisa terdeteksi sejak dini, selain itu juga untuk mendidik pasien lebih mandiri dalam bidang kesehatan” (wawancara pada Hari Senin, 19 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)

Peneliti juga melakukan wawancara dengan Ibu Dita Trisnaningtyas selaku perawat koordinator program *home care* Permata yang menyampaikan hal yang sama yaitu:

“tujuan utama program *home care* adalah merubah pola pikir di masyarakat dari paradigma sakit menjadi paradigma sehat melalui pendekatan individu. masih banyak masyarakat turen yang datang ke puskesmas apabila kondisinya sudah benar-benar sakit parah, kasus seperti ini sering dijumpai ketika temen-temen petugas melakukan kunjungan *home care*. Selain itu tujuan *home care* lainnya yaitu memandirikan keluarga, jadi misalkan ada pasien yang terkena penyakit diabet mellitus itu kan gak bisa sembuh dan memerlukan *follow up* berkelanjutan dan memelurkan terapi obat-obatan yang rutin dan pola makan yang sesuai dengan dilakukan *home care* nanti keluarga bisa tau bagaimana cara perawatan dirumah kedepannya jadi lebih mandiri. (wawancara pada Hari Selasa, 20 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)



Gambar 11. alur Pikir Home Care Permata

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti di UPTD Puskesmas Turen

Peneliti menyimpulkan berdasarkan hasil wawancara diatas bahwa sasaran dari program home care permata adalah keluarga rawan, sedangkan tujuan utama program *home care* adalah untuk merubah pola pikir masyarakat dari paradigma sakit menjadi paradigma sehat yang susah. Namun untuk itu pihak UPTD Puskesmas Turen tidak pernah menyerah dan tetap menjalankan program dengan baik sebagaimana mestinya untuk meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan.

b. Evaluasi *process* program *Home Care* Permata

Evaluasi *process* merupakan serangkaian kegiatan untuk meningkatkan kompetensi input demi menghasilkan *ouput* dan *outcome* berupa umpan balik

sementara untuk meningkatkan program yang bermutu. Evaluasi *process* memfokuskan pada penilaian bagaimana sebuah kebijakan atau program di transformasikan dalam bentuk pelayanan langsung kepada masyarakat. Berkaitan dengan proses sosialisasi, pelatihan, dan evektivitas dan efisiensi dari metode atau cara yang dipakai untuk melaksanakan kebijakan publik tertentu. Evaluasi *process* dalam hal ini adalah pelaksanaan dari program *Home Care Permata*. Prinsip Home Care

1. Pengelolaan home care dilaksanaka oleh perawat
2. Pelaksana Home Care adalah terdiri dari profesi kesehatan yang ada (dokter, bidan , perawat, ahli gizi, apoteker, sanitarian dan tenaga profesi yang lan).
3. Mengaplikasikan konsep sebagai dasar mengambil keputusan dalam praktik.
4. Mengumpulkan data secara sistematis, akurat dan komrehensif.
5. Menggunakan data hasil pengkajian dan hasil pemeriksaan dalam menetakan diagnosa.
6. Mengembangkan rencana keperawatan didasarkan pada kebutuhan dasar pasien .
7. Memberi pelayanan paripurna yang terdiri dari prepentif, kuratif, promotif dan rehabilitaif.
8. Mengevaluasi respon pasien dan keluarganya dalam intervensi keperawatan, medik dan lainnya.

9. Bertanggung jawab terhadap pelayanan yang bermutu melalui manajemen kasus.
10. Memelihara dan menjamin hubungan baik diantara anggota tim.
11. Mengembangkan kemampuan profesional.
12. Berpartisipasi pada kegiatan riset untuk pengembangan *home care*.
13. Menggunakan kode etik profesi dalam melaksanakan pelayanan di *home care*.

SOP pelaksanaan *home care* permata yaitu:

1. Pelaksanaan
 - a. Memberikan salam dan memperkenalkan diri
 - b. Menyampaikan maksud dan tujuan
 - c. Melakukan pengkajian meliputi:
 4. Identitas (nama, umur, jenis kelamin) dan nama Kartu Keluarga (KK)
 5. Riwayat penyakit
 6. Riwayat pengobatan
 7. Observasi/pemeriksaan Tanda-Tanda Vital (TTV)
 8. Pengkajian kondisi rumah dan kebiasaan sehari-hari terkait dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
 - a. Analisis data
 - b. Menentukan prioritas
 - c. Menyusun intervensi dan implementasi
 - d. Melakukan evaluasi

- e. Menentukan tingkat kemandirian keluarga
- f. Pengkajian lingkungan sekitar lima rumah (*home visit*) di sekitar rumah pasien
- g. Mendokumentasi seluruh proses
- h. Mengkonsultasikan hasil pengkajian dengan pemegang program
- i. Pemegang program menganalisis hasil kegiatan
- j. Pemegang program melakukan rujukan internal pada permasalahan yang memerlukan penanganan lintas program
- k. Pelaksana penanggungjawab melakukan intervensi bersama dengan lintas program terkait
- l. Mendokumentasikan seluruh proses terkait *home care*

dr. T Prayitno Notohusodo selaku kepala UPTD Puskesmas Turen menjelaskan bahwa:

“ proses kegiatan pelayanan *home care* melalui beberapa tahap yaitu:

1. Pengumpulan data pasien rawat inap dan rawat jalan yang beresiko yakni dengan kriteria : Pengetahuan rendah, Penyakit beresiko menular, Penyakit beresiko atau berdampak pada lingkungan
2. Pasien dilakukan pengkajian oleh penanggungjawab teknis *home care* untuk menentukan jenis dan jumlah kasus yang akan dilakukan *home care*
3. Menyusun jadwal kegiatan pelaksanaan
4. Kunjungan ke rumah pasien (wawancara pada Hari Senin, 19 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)

Pak Wibisono selaku perawat desa *home care* menjelaskan bahwa:

“ kegiatan pelayanan *home care* itu diawali dengan pengumpulan data pasien rawat inap atau rawat jalan yang beresiko, biasanya sebelum pasien rawat inap pulang kita kenalkan dengan program *home care* , setelah mereka setuju untuk mengikuti program *home care* nanti pasien tersebut harus menandatangani *inform consent* atau surat pernyataan, setelah itu baru kita datangi rumah pasien, nanti kita disana observasi perkembangan penyakitnya, setelah mendapat perawatan di puskesmas, pola hidup dan perilaku dalam menjaga kesehatannya, serta kondisi rumah dan lingkungan yang kemungkinan dapat menjadi sumber penyakit. Setelah itu kita beri konseling dan informasi kepada pasien terkait penyakitnya dan resiko – resiko yang mungkin terjadi akibat penyakit tersebut serta cara pengendalian dan pencegahan penyakit, namun dalam pelaksanaan proses *home care* tidak selalu berjalan dengan lancar seperti kurangnya sumber daya manusia dalam pelaksanaannya, kan dalam pelaksanaan *home care* satu perawat atau bidan itu bertanggung jawab pada satu desa jadi menurut saya kurang optimal, belum lagi kegiatan *home visit* yang harus mengunjungi 5 rumah di sekitar pasien *home care*, ditambah juga program kerja yang lumayan tinggi jadi agak terbengkalai terutama dalam pengerjaan laporan, terus terkadang masih ada masyarakat yang tidak bersedia dikunjungi seperti biasanya kalau yang seperti itu karena yang pertama kondisi rumah, kedua ada anggota keluarga yang disembunyikan dalam artian itu hamil diluar nikah ada mbak terus ada keluarga yang menderita gangguan jiwa, nah itu saya pernah soalnya pas kunjungan gitu mbak, terus ada yang malu juga kalau penyakitnya diketahui orang lain” (wawancara pada Hari Kamis, 23 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama : An. Arya
 Umur : 55-74
 Jenis kelamin : L
 Alamat : ~~Turen~~ Turen

Menyatakan Bahwa saya mau dikunjungi ke rumah, apabila saya sudah pulang dari Rawat inap di UPTD Puskesmas Turen.

Demikian surat pernyataan saya buat dengan sungguh-sungguh tidak ada paksaan dari pihak manapun.

Mengetahui
 Petugas Rawat Inap
 UPTD PUSKESMAS
 TUREN

Turen, Tgl. 31-10-2016
 Pembuat Pernyataan

(Mufarrahah)

Gambar 12. Contoh *inform consent home care* permata

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti di UPTD Puskesmas Turen

Ibu rika selaku bidan desa *home care* juga menjelaskan bahwa:

“pelaksanaan *home care* kalau bidan itu pertama kita KIA (kesehatan ibu dan anak) jadi misalkan contoh kasus bayi kuning ya mbak nanti kita beri tahu ibunya bagaimana perawatannya, asi yang diberikan kepada bayinya harus lebih sering kaya gitu, terus kunjungan kedua kita observasi apakah sudah dilaksanakan dengan baik apa belum, terus yang ketiga kita evaluasi, evaluasinya setelah dari kunjungan satu dan dua tadi ada hasilnya apa tidak, tapi biasanya ada sebagian warga itu yang tidak menerapkan arahan dari kita. (wawancara pada Hari Rabu, 23 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)

Peneliti juga melakukan wawancara dengan Pak Ngatiran selaku warga yang menggunakan layanan *home care* mengungkapkan bahwa:

“kemarin saya rawat inap di puskesmas mbak sakit darah tinggi, setelah rawa inap terus saya dikunjungi pak wibi ini saya diperiksa di tensi tekanan darah saya, alhamdulillah sekarang sudah membaik kondisi saya”. (wawancara pada Hari Kamis, 23 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)



Gambar 13. Alur layanan *home care*

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti di UPTD Puskesmas Turen

Home care permata merupakan pengembangan dari program sebelumnya yaitu Perkesmas (Perawat Kesehatan Masyarakat). Dimana ada penambahan *Home Visit* yaitu selain KK yang dilakukan Home Care, ada 5 KK sekitar juga dikunjungi oleh petugas. Seperti yang dijelaskan oleh ibu Dita Trisnaningtyas selaku perawat koordinator program *home care* Permata yaitu:

“Setelah pelaksanaan home care dirumah warga, kita lakukan juga home visit mbak. Home visit itu bagian dari home care juga. Disitu kami mengunjungi 5 rumah disekitar warga yang kami lakukan home care. Hal ini dilakukan karena penyebaran penyakit itungan bisa saja datang dari lingkungan. Dirumah yang ini bersih, tidak ada penyebaran penyakit seperti jentik – jentik tapi kan belum tentu dirumah sekitarnya, siapa tahu terdapat penyebaran jentik yang bisa menyebabkan DB (Demam Berdarah). Nah kalau pada saat disana kita dapat warga yang sedang sakit namun belum ke puskesmas, ya kita bawa buat dicek, kan banyak mbak warga yang belum sadar sakit nya apa dibiarkan aja, entar kalau kira-kira parah baru ke puskesmas, nah itu yang kita hindari” (wawancara pada Hari Selasa, 20 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)

Pelaksanaan home care dan home visit setiap tahunnya selalu mengalami kenaikan, hal itu dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel 10. Home care dan home visit yang sudah dilakukan

NO	TAHUN	HOME CARE	HOME VISIT
1	2015	465	2325
2	2016	340	2305
3	2017	2165	8012
	Total	2970 kk	12642 kk

Sumber: Data Sekunder Hasil Penelitian (Dokumen UPTD Puskesmas Turen, 2018)

Tabel 11. Jenis Kasus yang sudah dilaksanakan home care mulai tahun 2015 – 2017

NO	JENIS KASUS	JUMLAH
1	Jumlah kasus maternal/rawan kesehatan (ibu hamil resiko tinggi	513
2	Jumlah kasus anak risti/ rawan kesehatan (neonatal resiko tinggi dan anak dengan masalah gizi)	279
3	Jumlah kasus gizi	2
4	Jumlah kasus penyakit menular	475
5	Jumlah kasus usia lanjut risti / rawan kesehatan	786
6	Jumlah kasus penyakit tidak menular	1361

Sumber: Data Sekunder Hasil Penelitian (Dokumen UPTD Puskesmas Turen, 2018)

Peneliti menyimpulkan berdasarkan hasil wawancara diatas bahwa proses kegiatan *home care* masih ditemukan kendala. Pada pasien dan keluarga selain diberikan pelayanan asuhan keperawatan, konseling, informasi, dan edukasi terkait penyakitnya juga dilakukan monitoring dan penilaian kemandirian keluarga, masalah sanitasi dasar lingkungan rumah tinggal, serta penerapan perilaku hidup bersih dan sehat. Selain meningkatkan peran serta aktif, pengetahuan, dan kemandirian masyarakat, program *home care* memberikan manfaat tambahan bagi program kerja Puskesmas. Program *home care* yang dipadukan dengan *home visite* yaitu mengunjungi 5 Kepala keluarga di sekitar rumah pasien, dimaksudkan untuk memperoleh data-data dasar permasalahan kesehatan di tingkat desa sejak dini sebagai bahan perencanaan tindak lanjut sebelum masalah tersebut menimbulkan dampak lebih luas. Pada 5 Kepala Keluarga di sekitar rumah pasien, dilakukan

pengamatan terhadap sanitasi dasar dan penerapan perilaku hidup bersih dan sehat. Dari hasil pengamatan dilakukan konseling, informasi dan edukasi kepada Kepala keluarga yang ditemukan terdapat masalah kesehatan. Perkembangan hasilnya akan dilakukan dievaluasi pada kunjungan-kunjungan selanjutnya.

c. Evaluasi *outputs* program *Home Care Permata*

Evaluasi *outputs* merupakan kegiatan evaluasi yang dilakukan untuk mengukur, menafsirkan, dan menilai prestasi atau hasil dari aktifitas, kegiatan atau pelayanan dari sebuah program. Evaluasi *outputs* memfokuskan penilaian pada hasil atau keluaran yang dapat dihasilkan dari sistem atau proses kebijakan atau program. Berkaitan dengan apa yang diproduksi/dihasilkan dan siapa orang yang menjadi sasaran untuk mendapatkan manfaatnya, misalnya beberapa orang yang berhasil dalam mengikuti program. Evaluasi *output* dalam hal ini adalah hasil yang telah dicapai selama pelaksanaan program *Home Care Permata*. Ibu dita selaku koordinator perawat *home care* menjelaskan bahwa:

“*output* dari pelaksanaan program *home care* ini semakin terlihat mbak seperti perubahan mindset perawat yang semula *private oriented* pada orang sakit sekarang *public oriented* dengan promotif dan preventif, terus penemuan dan penanganan secara dini kepada keluarga rawan, kalo untuk masyarakat *output* yang terlihat itu penurunan jumlah penyakit mbak, selain itu ya memandirikan keluarga rawan” (wawancara pada Hari Selasa, 20 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)

Pak wibisono selaku perawat desa *home care* menjelaskan bahwa:

“hasil dari program ini itu yang terlihat penurunan jumlah penyakit mbak kayak DB (demam berdarah) itu lumayan, terus penurunan hipertensi itu juga

menurun dalam 2 tahun terakhir ini mbak, terus angka partisipasi ke posyandu lansia itu juga tinggi sekarang mbak, saya awal-awal disini 6 7 sekarang sudah 42 45, kadang sebelum mereka berangkat kerja itu mampir mbak” (wawancara pada Hari Kamis, 23 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)

Tabel 12. Dampak setelah *home care* Contoh Kasus penyakit di rawat inap dan rawat jalan pada 3 tahun terakhir

Kasus	2014	2015	2016	2017
Dengue Hemoragic Fever	145	140	127	54
Diabetes Melitus	1515	1495	1049	561
Hipertensi	1247	1037	1018	1012

Sumber: Data Sekunder Hasil Penelitian (Dokumen UPTD Puskesmas Turen, 2018)

Output dari program *home care* selain menurunnya jumlah penyakit dan juga kemandirian keluarga seperti yang dijelaskan kepala puskesmas dan pak wibi yaitu meningkatnya PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat). Meningkatnya PHBS ini didukung pernyataan dari ibu Dita selaku perawat koordinator program *home care* di UPTD Puskesmas Turen yaitu:

“ jadi hasil/dampak dari program *home care* ini banyak ya mbak selain menurunkan jumlah penyakit, terus tingkat kemandirian keluarga juga meningkat, PHBS juga meningkat, PHBS itu perilaku hidup bersih dan sehat, kita edukasi warga terkait pola makannya seperti pentingnya makan sayur-sayuran kan itu baik buat kesehatan, terus juga kita ajarkan bagaimana cara memberantas jentik-jentik nyamuk agar tidak menjadi sarang , selain itu juga sanitasi lingkungan dasar masyarakat turen juga meningkat mbak, jadi ya lumayan banyak hasil dari program *home care* mbak” (wawancara pada Hari Selasa, 20 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)

Sesuai dengan pernyataan ibu dita jika salah satu hasil dari pelaksanaan program *home care* adalah meningkatnya PHBS dan juga meningkatnya sanitasi lingkungan dasar yang baik, hal tersebut dapat dibuktikan dengan tabel dibawah ini:

Tabel 13. PHBS Sebelum dan Sesudah Dilakukan Kunjungan

No	Variabel	Kunjungan Pertama	Kunjungan Terakhir	Trend
1	Bersalin ditolong tenaga kesehatan	739	739	=
2	ASI eksklusif	672	672	=
3	Bayi/balita timbang ke posyandu	730	751	↑
4	Cuci tangan	2.239	2.648	↑
5	Makan + lauk pauk	2.868	2.894	↑
6	Makan sayur + buah	2.775	2.856	↑
7	Tidak merokok	1.408	1.564	↑
8	Berantas jentik 1 kali/minggu	1.918	2.650	↑
9	Latihan fisik/hari	2.931	2.931	=

Sumber: Data Sekunder Hasil Penelitian (Dokumen UPTD Puskesmas Turen, 2018)

Tabel 14. Sanitasi Lingkungan Sebelum dan Sesudah Dilakukan Kunjungan

No	Variabel	Kunjungan Pertama	Kunjungan Terakhir	Trend
1	Ventilasi cukup	2.803	2.815	↑
2	Pencahayaan cukup	2.809	2.824	↑
3	Sumber air bersih	2.925	2,925	=
4	Jamban sehat	2.860	2.890	↑
5	Tidak ada jentik	2.187	4.603	↑
6	SPAL	2.465	2.560	↑
7	Tempat sampah	1.730	1.989	↑
8	Rasio luas rumah cukup	2.864	2.864	=

Sumber: Data Sekunder Hasil Penelitian (Dokumen UPTD Puskesmas Turen, 2018)

Output lainnya dari pelaksanaan program home care adalah nilai ekonomis seperti yang terlihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 15. Nilai ekonomis keuntungan setelah home care rawat nap dan rawat jalan 3 tahun terakhir

Kasus	Total biaya perawatan tahun 2014	Total biaya perawatan tahun 2015	Total biaya perawatan tahun 2016	Total biaya perawatan tahun 2017
Dengue Hemoragic Fever (Rawat Inap)	Rp.87.000.000	Rp.84.000.000	Rp.76.000.000	Rp.32.400.000
Diabetes Miletus	Rp.53.025.000	Rp.52.325.000	Rp.36.715.000	Rp.35.420.000

Sumber: Data Sekunder Hasil Penelitian (Dokumen UPTD Puskesmas Turen, 2018)

Dengan Asumsi:

1. Pasien Demam Dengue membutuhkan 6 hari perawatan @ Rp.600.000
2. Pasien Diabetes Melitus membutuhkan 1x rawat jalan @ Rp.35.000

Peneliti menyimpulkan berdasarkan hasil wawancara diatas bahwa Kegiatan *home care* Permata Turen memberikan dampak pada kontak langsung petugas kesehatan dengan pasien, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya sehingga secara nyata akan menemukan permasalahan kesehatan yang terjadi dan intervensi yang tepat terhadap masalah kesehatan yang ditemukan. Dengan kontak yang berkelanjutan akan semakin banyak keluarga, masyarakat dan lingkungan yang mendapatkan edukasi dan intervensi dari petugas kesehatan. Dengan demikian akan terjadi perubahan pola pikir yang semula mengakses pelayanan kesehatan pada saat sakit (paradigma sakit) menjadi pola pikir bagaimana mencegah, mengendalikan dan mengatasi masalah supaya tidak sakit atau jika sakit (paradigma sehat).

d. Evaluasi *outcomes* program *Home Care* Permata

Evaluasi *outcomes* merupakan respon atau harapan, dampak dari sebuah kegiatan atau pelayanan suatu program yang berupa prestasi/hasil dari program kebijakan baik yang diinginkan maupun tidak diinginkan, yang positif dan negative bahkan yang bersifat jangka panjang akan dinilai evaluasi ini. Evaluasi *outcomes* dalam hal ini adalah kualitas pelayanan dari program *Home Care* Permata. Penilaian kualitas pelayanan dapat dilihat melalui standar pelayanan, standar pelayanan merupakan ukuran yang dibakukan dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang wajib ditaati pemberi dan atau penerima pelayanan. Adapun standar pelayanan menurut Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 meliputi:

1. Prosedur Pelayanan

Prosedur pelayanan yang dilakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan. Dalam hal ini prosedur pelayanan dari program *home care* permata sudah baik seperti yang diungkapkan Pak Ngatiran selaku warga penerima layanan *home care* Desa sanankerto yaitu:

“pelayaan *home care* sudah bagus mbak, dan juga gratis. Kemarin saya rawat inap di puskesmas mbak sakit darah tinggi, setelah pulang rawa inap terus saya dikunjungi pak wibi ini saya diperiksa di tensi tekanan darah saya, dikasih tau pantangan-pantangan makanan. Saya sudah 3x dikunjungi alhamdulillah sekarang sudah membaik kondisi saya” (wawancara pada Hari Kamis, 23 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)



Gambar 14. alur pelayanan *home care*

2. Waktu Penyelesaian

Waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan. Dalam hal ini waktu kunjungan pelayanan *home care* ke rumah warga dilakukan sekurang-kurangnya 3x tergantung tingkat kesakitan yang dialami pasien.

3. Biaya/tarif pelayanan

Biaya /tarif pelayanan termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan. Dalam pelayanan program *home care* tidak dipunggut biaya/ gratis seperti yang dijelaskan bapak ngatiran selaku warga yang menerima layanan *home care* diatas, hal ini karena program *home care* mendapat dukungan dana APBN

berupa BOK (Bantuan Operasional Kesehatan), APBD berupa Dana Operasioanal Puskesmas, Dana Kapitasi/Akses, Dana Jaminan Kesehatan Masyarakat, dan Dana Jaminal Persalinan.

4. Produk Pelayanan

Hasil pelayanan yang akan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Ibu masirah selaku warga penerima layanan *home care* mengungkapkan bahwa:

“pelayanannya sudah bagus mbak, dengan adanya program home care ini setelah rawat inap saya tidak perlu kontrol ke pusekesmas lagi karena sudah ada petugasnya yang datang kerumah, jadi lebih menghemat biaya”
(wawancara pada Hari Kamis 23 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)



Gambar 15. Kegiatan *Home Care* dan *Penghargaan Home care*.

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti di UPTD Puskesmas Turen

5. Sarana dan Prasarana

Penyedia sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggara pelayanan publik. Dalam hal ini sarana prasarana dari program *home care* permata sudah memadai seperti yang diungkapkan Bapak latif selaku kepala dusun desa sanankerto meyakini bahwa:

“program *home care* ini sangat membantu warga mbak, pelayanan yang diberikan juga baik selain itu warga jadi lebih peduli terhadap kesehatan mereka, dulu kan banyak warga yang malas periksa kalau nggak bener-bener sudah sakit parah, nah dengan adanya program *home care* terus *home visit* ini penyakit warga lebih terdeteksi sejak dini jadi sangat membantu lah mbak, selain itu sarana prasarana yang diberikan dalam junjungan *home care* juga sudah memadai seperti obat –obatan, peralatan keperawatan dan alat kesehatan lainnya kalau saya lihat” (wawancara pada Hari Kamis, 23 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)



Gambar 16. Alat Kesehatan pelaksanaan *home care* permata

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti di UPTD Puskesmas Turen

Kemajuan setiap kegiatan akan terlihat manakala dilakukan evaluasi terhadap kegiatan tersebut. Kemanjuaan dan evaluasi kegiatan *home care* yang dilaksanakan Puskesmas Turen, dilakukan dengan berbagai kegiatan seperti yang diungkapkan oleh ibu Dita selaku perawat koordinator dari program *home care* yaitu:

“ dalam pelaksanaan program *home care* kita ada evaluasinya mbak, ada evaluasi mingguan, bulanan, dan tahunan, evaluasi mingguan kita ada *lunch meeting* dengan semua karyawan Puskesmas dalam lunch meeting disampaikan progress dan permasalahan mingguan yang ditemukan pada kegiatan *home care*. Permasalahan yang berkaitan dengan lintas program dikoordinasikan dengan penanggungjawab program terkait. Terus ada lagi melakukan lokakarya mini tingkat Puskesmas setiap bulan, jadi nanti kegiatan 1 bulan dievaluasi untuk menentukan masalah dan akar permasalahan yang ditentukan pada saat *home care* terus sama dilanjutkan menyusun rencana tindak lanjut bulan berikutnya dengan melibatkan semua program. Setelah itu melakukan lokakarya lintas sektor setiap 3(tiga) bulan sekali pada kegiatan lokakarya lintas sektor yang diselenggarakan 3 bulan sekali, puskesmas memaparkan hasil kegiatan *home care* termasuk permasalahan yang ditemukan saat kegiatan *home care*. Terus yang terakhir evaluasi akhir tahun evaluasi secara keseluruhan” (wawancara pada Hari Selasa, 20 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)

dr. T Prayitno Notohusodo selaku kepala UPTD Puskesmas Turen menjelaskan bahwa:

“ kita selalu melakukan evaluasi, evaluasi program *home care* sendiri ada 3 yakni mingguan bulanan dan tahunan, dalam evaluasi tersebut nanti akan dilaporkan dan dibahas permasalahan – permasalahan yang ditemukan untuk merencanakan rencana tindak lanjut yang akan dilakukan, permasalahan tersebut nantinya akan dikomunikasikan dan dikoordinasikan dengan pemegang/koordinator program terkait” (wawancara pada Hari Senin, 19 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)



Gambar 16. Lokakarya Mini Lintas Sektor Puskesmas Turen Tahun 2016

Sumber: Data Sekunder Hasil Penelitian (Dokumentasi UPTD Puskesmas Turen 2018)

Peneliti menyimpulkan berdasarkan hasil wawancara diatas bahwa bahwa pelayanan program *home care* sudah baik dan mendapat respon yang baik juga seperti yang diungkapkan oleh pak ngatiran dan ibu masirah sebagai penerima layanan tersebut. Pelayanan home care yang baik tentunya tidak lepas dari evaluasi kegiatan home care yang dilaksanakan Puskesmas Turen dengan berbagai kegiatan-kegiatan yang sudah dijelaskan diatas.

2. Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program *home care* permata di UPTD Puskesmas Turen Kabupaten Malang

Dalam era Jaminan Kesehatan Nasional yang dicanangkan per 1 Januari 2014 diperlukan terobosan dalam rangka meningkatkan kualitas layanan. Fasilitas kesehatan pemberi pelayanan harus berupaya memberikan pelayanan terbaik dengan tetap meperhatikan akuntabilitas, efektifitas dan efesiensi dalam pengelolaan biaya layanan. Dalam rangka menjawab tantangan tersebut, Puskesmas Turen mengembangkan program kesehatan masyarakat yaitu program “*home care* permata”.

Selama ini program *home care* permata lebih memfokuskan pada asuhan keperawatan pada pasien dan keluarga. Puskesmas Turen mengembangkan dengan menggabungkan antara *home care* dan *home visite* dengan sasaran pasien dan keluarga serta 5 Kepala Keluarga di sekitarnya.

a. Faktor pendukung

Dalam rangka menjaga konsistensi dan keberlanjutan program yang digagas diperlukan faktor-faktor pendukung yang akan membuat program home care permata akan tetap berjalan. Menurut keterangan dari kepala puskesmas UPTD Puskesmas Turen dr. T Prayitno Notohusodo menyatakan bahwa:

“faktor pendukung program home care permata yang permata kita didukung dasar hukum yang kuat, dasar hukum merupakan salah hal yang penting dan menjadi acuan suatu program dapat dilaksanakan, selain itu sarana dan prasarana yang ada di Puskesmas Turen juga memadai seperti obat-obatan , peralatan keperawatan dan alat kesehatan, ambulan juga ada” (wawancara pada Hari Senin, 19 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)

Ibu Dita selaku perawat koordinator home care menyatakan bahwa:

“kalau faktor pendukung dari program home care ini yang pertama ada dukungan dana jadi kita mendapat dukungan dana dari APBN berupa BOK (Bantuan Operasional Kesehatan) terus dana operasional dari puskesmas juga ada, selain itu ada dukungan sumber daya manusia seperti perawat dan bidan desa, kerjasama lintas sektornya juga semakin baik juga mbak” (wawancara pada Hari Selasa, 20 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)



Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti

b. Faktor penghambat

dalam pelaksanaan proses *home care* tidak selalu berjalan dengan lancar seperti kurangnya sumber daya manusia dalam pelaksanaannya, kan dalam pelaksanaan *home care* satu perawat atau bidan itu bertanggung jawab pada satu desa jadi menurut saya kurang optimal, belum lagi kegiatan *home visit*

yang harus mengunjungi 5 rumah di sekitar pasien *home care*, ditambah juga program kerja yang lumayan tinggi jadi agak terbengkalai terutama dalam pengerjaan laporan, terus terkadang masih ada masyarakat yang tidak bersedia dikunjungi seperti biasanya kalau yang seperti itu karena yang pertama kondisi rumah, kedua ada anggota keluarga yang disembunyikan dalam artian itu hamil diluar nikah ada mbak terus ada keluarga yang menderita gangguan jiwa, nah itu saya pernah soalnya pas kunjungan gitu mbak, terus ada yang malu juga kalau penyakitnya diketahui orang lain” (wawancara pada Hari Kamis, 23 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)

Selain pak wibisono ibu rika selaku bidan desa juga mengungkapkan hambatan dari program *home care* yaitu:

“ kalau saya hambatannya ada masyarakat yang kurang welcome sama kedatangan kita mbak, mungkin mereka merasa terganggu dengan kedatangan kita, terganggu melakukan aktivitasnya, selain itu masih ada warga yang acuh, s emisal sudah kita jelaskan bagaimana menjaga PHBS, atau mempraktekkan pembersihan jentik secara langsung. Tapi setelah kita lakukan kunjungan lagi tidak ada perubahan, jentik-jentiknya masih ada, sanitasinya masih buruk PHBS juga. Kalau seperti itu biasanya kita melakukan pendekatan lagi, kita jelaskan dampak-dampaknya jika sanitasi buruk, PHBS nya juga buruk. Tapi setelah itu biasanya baru ada perubahan, terus ada juga mbak yang lupa kalau sudah ada janji, kaya seperti ini tadi saya sudah di rumahnya orangnya ndak ada lagi pergi” (wawancara pada Rabu, 22 Februari 2018 di UPTD Puskesmas Turen)

Peneliti mengambil kesimpulan berdasarkan hasil wawancara diatas bahwa salah satu faktor pengambat program *home care* permata di UPTD puskesmas Turen yaitu:

- 1) Adanya keterbatasan sumber daya dan waktu dalam melakukan program *home care*
- 2) Respon masyarakat yang kurang *welcome*
- 3) Masih ada warga yang merasa malu dikunjungi dengan alasan tertentu

- 4) Masih ada warga yang tidak melakukan atau tidak menerapkan setiap arahan petugas
- 5) Ketika dilakukan kunjungan, warga tidak ada dirumah karena pergi

F. Analisis Data dan Pembahasan

1. Evaluasi Pelaksanaan Proram *Home Care* Permata

Program *home care* permata merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang dikembangkan oleh UPTD Pusekesmas Turen Kabupaten malang , pelayanan kesehatan diberikan dirumah pasien, dengan melibatkan pasien dan keluarganya yang bertujuan untuk memandirikan pasien. Untuk menilai keberhasilan program tersebut peneliti akan membahas serta mengevaluasi program, kriteria evaluasi program menurut (Bridgman dan Davis dalam Lintjewas 2016) mengacu pada empat faktor yaitu : evaluasi *input*, evaluasi *process*, evalausi *outputs*, dan evaluasi *outcomes*.

a. Evaluasi *Input* program *Home Care* Permata

UPTD Puskesmas Turen merupakan salah satu instansi yang mengembangkan program pelayanan kesehatan masyarakat, bentuk pelayanan kesehatan yang dikembangkan oleh UPTD Puskesmas Turen adalah program *home care* permata. Menurut jones dalam (Rohman, 2009:101) menyebutkan bahwa program merupakan salah satu komponen dalam suatu kebijakan dan merupakan upaya yang berwenang untuk mencapai tujuan.

Peneliti melihat bahwa penetapan tujuan dalam suatu program sangatlah dibutuhkan, pasalnya suatu pelaksanaan program akan dianggap baik apabila program tersebut dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Program *home care* permata dicetuskan pertama kali pada bulan agustus 2014 di UPTD Puskesmas Turen. Program ini mengemban amanat dari Peraturan Menteri Kesehatan No 75 Tahun 2014 . Upaya dilakukan dengan mendorong pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Hasil wawancara peneliti dengan kepala UPTD Puskesmas Turen yaitu dengan dr. T Prayitno Notohusodo selaku kepala UPTD Puskesmas Turen dan Ibu dita Trisnaningtyas selaku perawat koordinator program *home care* Permata, bahwa tujuan program *home care* permata adalah merubah pola pikir masyarakat dari paradigma sakit menjadi “paradigma sehat” sebagai wujud menjalankan amanah Peraturan Menteri Kesehatan No 75 Tahun 2014 dan juga memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan. Namun sangat disayangkan maksud dari program ini belum dapat terlaksana dengan baik, sekitar 70% masyarakat datang ke puskesmas dalam kondisi sudah sakit. Selanjutnya sasaran dari program *home care* sendiri yang utama adalah pada keluarga rawan/beresiko. Menurut hasil wawancara dengan ibu Dita Trisnaningtyas selaku perawat koordinator program *home care* Permata beliau mengatakan bahwa penentuan keluarga beresiko dikaji berawal dari pasien-pasien puskesmas baik rawat jalan maupun rawat inap dengan kriteria pasien yang menderita

penyakit dengan resiko yang memerlukan tindak lanjut asuhan keperawatan di rumah yang tentu saja memerlukan keterlibatan anggota keluarga. Berdasarkan hasil wawancara terhadap ibu Dita Trisnaningtyas selaku perawat koordinator program *home care* Permata peneliti menyimpulkan bahwa pelaksanaan program *home care* sudah tepat sasaran yaitu kepada keluarga rawan/beresiko. Hal ini juga diperjelas dari hasil wawancara peneliti dengan kepala dusun Sanankerto bapak talif yang mengatakan bahwa banyak warganya yang habis rawat inap di puskesmas Turen mendapat pelayanan *home care*.

b. Evaluasi *Process home care* permata

Indikator proses memfokuskan pada penelitian bagaimana sebuah kebijakan di transformasikan dalam bentuk pelayanan langsung kepada masyarakat seperti layaknya program *home care* permata yang di prakarsai oleh UPTD Puskesmas Turen. Evaluasi process menurut (Bridgman dan Davis dalam Lintjewas, 2016) merupakan serangkaian kegiatan untuk meningkatkan kompetensi input demi menghasilkan *ouput* dan *outcome* berupa umpan balik sementara untuk meningkatkan program yang bermutu. Evaluasi *process* memfokuskan pada penilaian bagaimana sebuah kebijakan atau program di transformasikan dalam bentuk pelayanan langsung kepada masyarakat. Maka dari itu peneliti melihat bagaimana pelaksanaan kebijakan program *home care* permata yang ada di UPTD Puskesmas Turen. Menurut Ferry Efendi dan Makfudi (2009:262) menjelaskan bahwa dalam pelaksanaan *home care* melibatkan tiga unsur yaitu:

1. Pengelola pelayanan

Merupakan individu, kelompok ataupun yang bertanggung jawab terhadap seluruh pengelolaan pelayanan *home care* baik penyediaan tenaga, sarana dan peralatan, serta mekanisme pelayanan sesuai standart yang ditetapkan.

2. Pelaksana pelayanan

Merupakan tenaga keperawatan professional bekerjasama dengan profesioal terkait dan tenaga non professional. Pelaksana pelayanan terdiri dari coordinator kusus dan pelaksana pelayanan.

3. Pasien

Merupakan penerima pelayanan *home care* dengan melibatkan salah satu anggota keluarga sebagai penanggung jawab yang mewakili pasien.

Program *home care* di UPTD Puskesmas Turen telah memenuhi ketiga unsur pelaksanaan *home care* diatas. Adapun unsur pelaksanaan *home care* permata adalah sebagai berikut :

1. Pengelola pelayanan merupakan UPTD Puskesmas Turen
2. Pelaksana pelayanan merupakan bidan serta kader kesehatan
3. Pasien merupakan keluarga rawan/keluarga beresiko di Kecamatan Turen,

Kabupaten Malang

Peneliti menyimpulkan berdasarkan wawancara dengan bapak wibisono selaku perawat desa dan ibu rika selaku bidan desa puskesmas Turen bahwa proses pelaksanaan *home care* berjalan cukup baik dan sesuai dengan SOP yang ada, namun dalam prinsip *home care* bahwa pelaksana *home care* masih kurang optimal. Menurut hasil evaluasi yang dilakukan peneliti dalam pelaksana *home care* hanya terdiri dari dari satu tenaga kesehatan saja perawat/ bidan yang bertanggung jawab pada satu desa, ditambah program *home visit* dan program kerja lain yang cukup tinggi sehingga pengerjaan laporan terbengkalai karena keterbatasan waktu. Selain itu ada sebagian masyarakat yang tidak mau dikunjungi dengan alasan tertentu dan kurang *welcome* dengan kedatangan petugas *home care*.

c. Evaluasi *Output home care permata*

Evaluasi outputs menurut (Bridgman dan Davis dalam lintjewas 2016) merupakan kegiatan evaluasi yang dilakukan untuk mengukur, menafsirkan, dan menilai prestasi atau hasil dari aktifitas, kegiatan atau pelayanan dari sebuah program. Evaluasi *outputs* memfokuskan penilaian pada hasil atau keluaran yang dapat dihasilkan dari sistem atau proses kebijakan atau program. Berkaitan dengan apa yang diproduksi/dihasilkan dan siapa orang yang menjadi sasaran untuk mendapatkan manfaatnya, misalnya beberapa orang yang berhasil dalam mengikuti program. Tujuan evaluasi *outputs* adalah untuk memastikan sejauh mana hasil evaluasi bertemu kebutuhan semua penerima. Evaluasi *output* dalam hal ini adalah hasil yang telah dicapai selama pelaksanaan program *Home Care Permata*. Berdasarkan penelitian

yang dilakukan oleh peneliti evaluasi *outcome* dari program *home care* sudah berjalan baik, dan sesuai dengan teori dari Brigman dan Davis dalam Lintjewas 2016 hal ini dibuktikan dengan tabel menurunnya jumlah penyakit teratas selama tiga tahun terakhir dan meningkatkan angka Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) serta nilai ekonomis setelah *home care*. Selain itu didukung juga dari pernyataan dari ibu dila selaku perawat koordinator *home care* dan juga pak wibisono selaku perawat desa *home care* yang menyatakan bahwa kegiatan *home care* memberikan dampak yang baik kepada masyarakat.

d. Evaluasi *outcomes home care* permata

Evaluasi *outcomes* menurut (Bridgman dan Davis dalam lintjewas 2016) merupakan respon atau harapan, dampak dari sebuah kegiatan atau pelayanan suatu program yang berupa prestasi/hasil dari program kebijakan baik yang diinginkan maupun tidak diinginkan, yang positif dan negative bahkan bersifat jangka panjang akan dinilai evaluasi ini. Evaluasi *outcomes* dalam hal ini adalah kualitas pelayanan dari program *home care* permata. Menurut Ibrahim (2008 : 22). “Kualitas pelayanan publik merupakan suatu kondisi dimensi yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan dimana penilaian kualitasnya ditentukan pada saat terjadi pemberian pelayanan publik tersebut”. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Publik, penilaian kualitas pelayanan publik dapat dilihat melalui standar pelayanan. Standar pelayanan merupakan ukuran yang dibakukan dalam penyelenggaraan

pelayanan publik yang wajib ditaati oleh pemberi dan atau penerima pelayanan.

Adapun standar pelayanan sekurang-kurangnya meliputi:

a. Prosedur Pelayanan

Prosedur pelayanan yang dilakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan.

b. Waktu penyelesaian

Waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan

c. Biaya/tarif pelayanan

Biaya /tarif pelayanan termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan.

d. Produk pelayanan

Hasil pelayanan yang akan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

e. Sarana dan prasarana

Penyedia sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggara pelayanan publik.

Berdasarkan penelitian yang peneliti lakukan kualitas pelayanan program *home care* permata sudah sesuai dengan teori dari Ibrahim (2008 :22) dan standar

pelayanan menurut Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Publik. Hal ini dibuktikan dengan wawancara peneliti kepada salah satu warga penerima layanan *home care* permata yaitu ibu masirah beliau menyatakan bahwa kualitas pelayanan yang diberikan pihak puskesmas terhadap layanan *home care* ini sudah baik dengan adanya program *home care* beliau tidak perlu control ke puskesmas lagi karena sudah ada petugas puskesmas yang datang ke rumah sehingga dapat lebih menghemat biaya yang dikeluarkan. Hal serupa juga dikatakan oleh bapak ngatiran selaku warga yang menerima layanan *home care* beliau juga mengatakan dengan adanya program *home care* kondisi kesehatan beliau lebih sehat dari sebelumnya. Berdasarkan hasil wawancara dengan warga diatas maka peneliti melihat bahwa kualitas pelayanan program *home care* yang diberikan yang diberikan oleh UPTD Puskesmas Turen sudah baik. Untuk lebih mendukung pernyataan dari ibu masirah, peneliti juga melakukan wawancara dengan bapak latif selaku ketua dusun sanankerto beliau menjelaskan bahwa program *home care* ini sangat membantu warga khususnya dalam masalah kesehatan sarana prasarana dalam kegiatan *home care* juga memadai seperti obat-obatan peralatan keperawatan dan alat kesehatan lainnya.

Peneliti menyimpulkan berdasarkan wawancara diatas bahwa pelayanan program *home care* permata sudah baik dan sesuai dengan standar pelayanan menurut Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Publik hal tersebut dibuktikan dengan

wawancara yang dilakukan oleh peneliti terhadap warga penerima layanan *home care* dan ketua dusun. Kualitas pelayanan home care yang baik tentunya karena dilakukan evaluasi terhadap kegiatan tersebut. Evaluasi kegiatan home care yang dilaksanakan Puskesmas Turen, dilakukan dengan berbagai kegiatan – kegiatan seperti yang dijelaskan sebelumnya oleh bu dita selaku perawat koordinator home care permata dalam wawancara peneliti pada waktu itu.

2. Faktor Pendukung dan Penghambat

a. Faktor Pendukung

Pelaksanaan suatu program tidak lepas dari faktor-faktor yang mempengaruhi. Faktor-faktor pendukung merupakan salah satu indikator yang dapat membantu terlaksananya suatu program dengan baik. Dalam pelaksanaan program home care permata yang dirancang oleh UPTD Puskesmas Turen terdapat beberapa faktor-faktor pendukung, diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Dasar Hukum

Dalam pelaksanaan suatu program, dasar hukum merupakan acuan suatu organisasi dalam melaksanakannya. Dasar hukum berisi aturan-aturan, syarat-syarat dan mekanisme yang harus ditaati dalam pelaksanaan suatu program. Aturan merupakan salah satu faktor pendukung perangkat penting dalam segala tindakan dan perbuatan manusia. Aturan yang ada dalam suatu organisasi mempunyai peranan

penting dalam membentuk pemerintah yang berdisiplin tinggi sehingga pekerjaan apapun yang diembannya dapat berjalan teratur dan terarah (Moenir, 2006:28).

Berdasarkan hasil wawancara peneliti menunjukkan bahwa dengan adanya dasar hukum mendorong berjalannya proses program *home care* ini. Hal ini memberikan dampak yang baik sehingga pelaksanaan program *home care* menjadi lebih optimal.

2. Sarana dan Prasarana

Pada dasarnya salah satu penunjang kelancaran proses pelayanan serta kepuasan masyarakat yaitu adanya sarana dan prasarana yang memadai yang disediakan oleh instansi atau birokrasi yang bersangkutan, sehingga pelayanan yang diberikan dapat terselenggara dengan baik. Dengan kata lain, suatu program dapat berjalan dengan maksimal apabila didukung oleh sarana dan prasarana yang memadai. Sarana menurut Moenir (2006:119) adalah segala jenis peralatan, perlengkapan kerja dan fasilitas lain yang berfungsi sebagai alat utama atau pembantu dalam pelaksanaan pekerjaan, dan juga berfungsi sosial dalam rangka kepentingan orang-orang yang sedang berkepentingan dalam organisasi itu. Pada pelaksanaan program *home care* permata ini, sarana dan prasarana yang diperlukan adalah obat – obatan, peralatan keperawatan alat kesehatan dan lain-lain. Sarana dan prasarana yang tersedia di UPTD Puskesmas Turen sudah cukup baik untuk menunjang pelaksanaan program secara maksimal.

3. Sumber daya kesehatan yang telah terlatih serta ahli dalam bidangnya

Sumber daya kesehatan adalah hal yang paling penting karena merupakan penentu keberhasilan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Sumber daya kesehatan program *home care permata* terdiri dari 17 perawat dan 17 bidan yang tersebar di setiap desa dengan tugas dan fungsinya sebagai tenaga pelaksana kegiatan *home care*.

4. Sumber dana

Kegiatan layanan *home care* selain mendapatkan dukungan komitmen semua pihak termasuk pemangku kepentingan juga mendapatkan dukungan dana dari berbagai sumber antara lain: APBN berupa BOK (Bantuan Operasional Kesehatan), APBD berupa Dana Operasioanal Puskesmas, Dana Kapitasi/Akses, Dana Jaminan Kesehatan Masyarakat, dan Dana Jaminal Persalinan.

b. Faktor Penghambat

Faktor penghambat dakam pelaksanaan program merupakan salah satu indikator yang dapat dijadikan sebagai pemacu upaya perbaikan kualitas pelaksanaan kedepannya. Program *home care permata* ini telah dilaksanakan mulai tahun 2014 hingga sekarang, beberapa faktor penghambat yang dihadapi oleh UPTD Puskesmas Turen dalam pelaksanaan program ini diantaranya adalah:

- 1) Keterbatasan sumber daya dan waktu karena program kerja yang tinggi

- 2) Kurangnya partisipasi atau respon masyarakat terhadap program *home care* permata

Program *home care* permata dibentuk sebagai pelayanan publik maka sudah pasti yang menjadi faktor penting dalam keberhasilan program adalah masyarakat. Dalam perjalanannya program *home care* permata kurang mendapat respon yang baik oleh masyarakat seperti:

- a. Respon masyarakat saat dikunjungi kurang *welcome*, hal ini biasanya disebabkan karena alasan-alasan seperti yang dijelaskan pak wibisono dan ibu Rika dalam wawancara yang dilakukan peneliti diatas.
- b. Rumah warga yang dikunjungi terlihat kosong karena pergi berkerja atau memiliki kesibukan lain, hal ini tentunya menghambat pelaksanaan dari program *home care* permata, karena warga terkadang tidak ingat terhadap jadwal kunjungannya sehingga meninggalkan rumah walaupun sudah ada janji dengan petugas *home care*.
- c. Masih ada warga yang tidak melakukan atau tidak menerapkan setiap arahan dari petugas *home care*. Hal ini tentunya menjadi penghambat dalam pelaksanaan program *home care* karena membutuhkan pendekatan khusus terhadap warga akan dampak – dampaknya apabila tidak menerapkan setiap arahan petugas *home care*.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Evaluasi Pelaksanaan Program *Home Care* Permata

Berdasarkan pembahasan yang berisikan penyajian data dan analisis data, maka peneliti telah menguraikan menjadi 4 indikator sesuai Pengukuran evaluasi program yang dikembangkan oleh Bridgman dan Davis mengacu pada empat faktor yaitu : evaluasi *input*, evaluasi *process*, evaluasi *outputs* dan evaluasi *outcomes* (Bridgman dan Davis dalam Lintjewas, 2016).

a) Evaluasi input

Input dalam hal ini adalah sasaran dan tujuan program *Home Care* Permata. Program *home care* permata mempunyai sasaran utama yaitu pada utama pada keluarga rawan / keluarga beresiko. Dalam penentuan sasaran program ini sudah berjalan baik. Penentuan keluarga beresiko dikaji berawal dari pasien-pasien puskesmas baik rawat jalan maupun rawat inap dengan kriteria pasien yang menderita penyakit dengan resiko yang memerlukan tindak lanjut asuhan keperawatan di rumah. Sedangkan tujuan utama pada program ini adalah merubah paradigma sakit menjadi paradigma sehat dan memandirikan keluarga. Namun tujuan merubah paradigma sakit menjadi paradigma sehat tampaknya belum

sepenuhnya berhasil hal ini dikarenakan sebagian masyarakat pada umumnya mengakses Puskesmas dan jaringannya jika sudah dalam kondisi sakit. Masyarakat datang untuk mencari pengobatan, bukan datang untuk mendapatkan konseling, informasi, atau edukasi bagaimana supaya tidak sakit. Sedangkan tujuan meningkatkan tingkat kemandirian sudah berjalan baik hal ini terlihat dari tabel Tingkat Kemandirian Keluarga Sebelum dan Sesudah *Home Care* di UPTD Puskesmas Turen yang meningkat.

b) Evaluasi Process

Process dalam hal ini adalah pelaksanaan dari program *Home Care Permata*. Pelaksanaan program home care permata dianggap berjalan cukup baik, sesuai dengan SOP yang ada. Namun tidak sepenuhnya berhasil dikarenakan ada sebagian masyarakat yang tidak mau dikunjungi dengan alasan tertentu dan kurang welocome dengan kedatangan petugas *home care*.

c) Evaluasi Outputs

Output dalam hal ini adalah hasil yang telah dicapai selama pelaksanaan program *Home Care Permata*. Hasil yang telah dicapai selama pelaksanaan home care sudah berjalan baik hal ini dibuktikan dengan tabel menurunnya jumlah penyakit teratas selama tiga tahun terakhir, dan meningkatnya angka PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) serta nilai ekonomis setelah home care.

d) Evaluasi Outcomes

Outcome dalam hal ini adalah kualitas pelayanan dari program *Home Care* Permata. Kualiatas pelayanan program home care permata sudah baik hal ini dikarenakan pihak UPTD Puskesmas Turen rutin melakukan evaluasi dengan berbagai kegiatan guna kemajuan program.

2. Faktor Pendukung dan Faktor Penghambat

Dalam pelaksanaan program home care permata ini terdapat beberapa faktor pendukung dan penghambat yakni:

a) Faktor Pendukung

Faktor pendukung pertama dasar hukum yang jelas sebagai acuan UPTD Puskesmas Turen sebagai pelaksana program home care permata ini. Faktor pendukung kedua adalah sarana dan prasarana yang lengkap dan dan dalam kondisi baik yang disediakan oleh UPTD Puskesmas Turen dalam pelaksanaan program ini. Faktor pendukung ketiga sumber daya kesehatan yang elah terlatih secara ahli di bidangnya. Faktor pendukun kelima sumber dana.

b) Faktor penghambat

Selain faktor pendukung pada pelaksanaan program home care permata ini terdapat juga faktor penghambat pelaksanaannya yakni keterbatasan waktu dan Sumber Daya Manusia (SDM), dan Kurangnya partipasi atau respon masyarakat terhadap program *home care* permata.

B. Saran

Dalam pelaksanaan program home care permata oleh UPTD Puskesmas Turen masih ditemukan beberapa permasalahan yang menghambat proses pelaksanaannya, oleh karena itu diperlukan adanya beberapa perbaikan yang meliputi:

1. UPTD Puskesmas Turen sebaiknya tetap memelihara hubungan dan kerjasama yang baik dengan berbagai lintas sektor yang terlibat
2. Seluruh pegawai UPTD Puskesmas Turen dan pihak-pihak terkait pelaksana program home care harus lebih bersabar, bekerja keras dan berkomitmen dalam merubah paradigma sakit menjadi paradigma sehat
3. UPTD Puskesmas Turen sebaiknya melakukan promosi program home care permata menggunakan media elektronik maupun media cetak agar meningkatkan eksistensi program home care permata. Selain itu sesegera mungkin membuat website resmi UPTD Puskesmas Turen sehingga program-program yang dimiliki UPTD Puskesmas Turen dapat dikenal dan diketahui masyarakat luas
4. Untuk keterbatasan waktu, peneliti menyarankan agar UPTD Puskesmas Turen menambah jumlah petugas sehingga pelayanan yang diberikan dapat dirasakan secara maksimal oleh masyarakat Kecamatan Turen
5. Untuk mengatasi kurangnya respon masyarakat Kecamatan Turen, sebaiknya UPTD Puskesmas Turen meningkatkan sosialisasi program paling tidak 6 (enam) bulan sekali serta terus menjalin komunikasi yang intensif kepada

masyarakat lebih sadar untuk meningkatkan kesehatan melalui program *home care* permata.



DAFTAR PUSTAKA

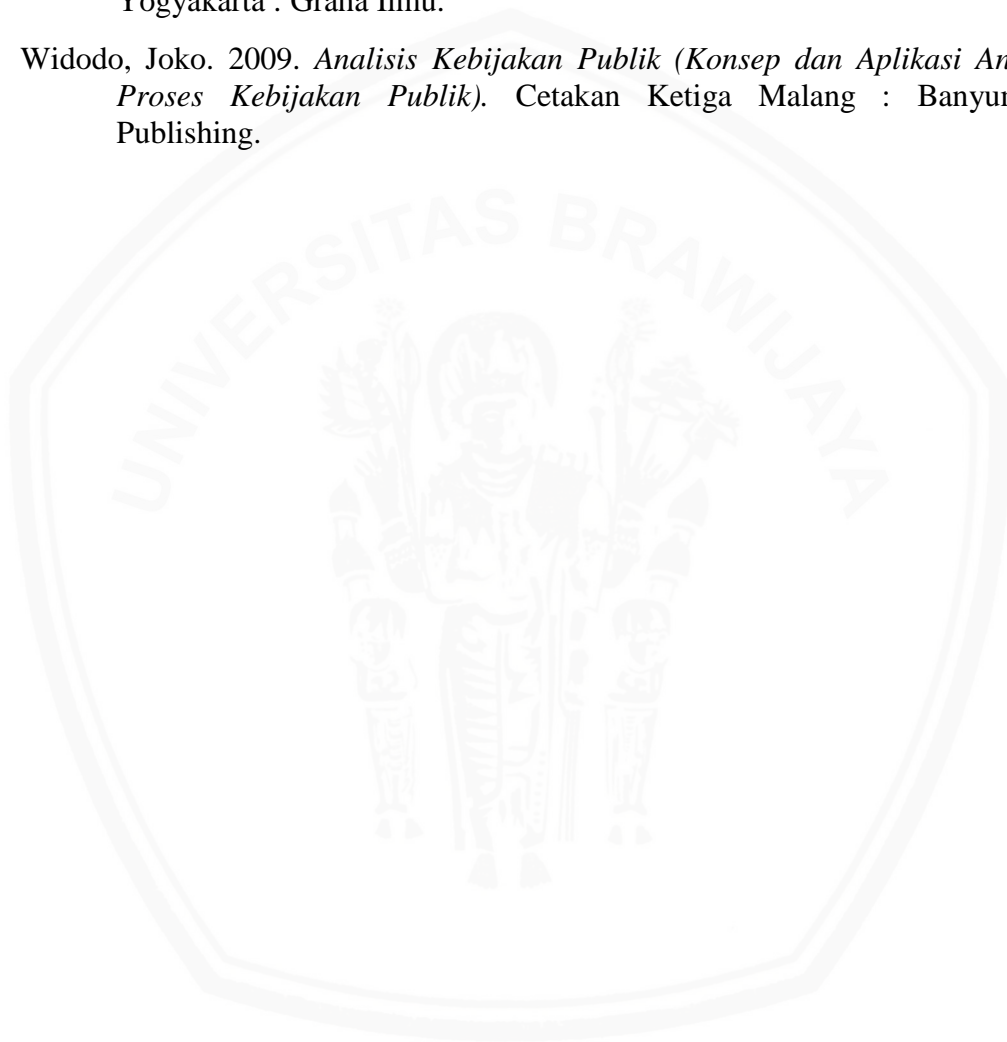
- Azwar, Azrul. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Tangerang : Binarupa Aksara.
- Arikunto, Suharsimi dan Cepi Safruddin Abdul Jabar. 2009. *Evaluasi Program Pendidikan*. Jakarta: Bumi Aksara
- Badjuri, A., dan Yuwono, T. 2002. *Kebijakan Publik Konsep & Strategi*. Semarang: Undip Press
- Dunn, Wiliam N, 2000. *Pengantar Analisis Program dan Kebijakan Publik*. Gajah Mada University Press: Yogyakarta
- _____. 2003. *Pengantar analisis kebijakan publik (edisi kedua)*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- Efendi, Ferry dan Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktek dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Henny, Ayu Achjar. 2010. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : Sagung Seto.
- Ibrahim, Amin 2008. *Teori dan Konsep Pelayanan Publik serta Implementasinya*. Bandung : Mandar Maju.
- Iqbal, Wahid Mubarak dkk. 2012. *Ilmu Keperawatan Komunitas : Konsep dan Aplikasi*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kemenpan No. 63/KEP/M.PAN/7/2003. “Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003”, diakses pada tanggal 25 Oktober 2017 dari <http://dokumen.tips/documents/kemenpan-nomor-63-tahun-2003-pedoman-pelayanan-publik-55844f0425199.html>.
- Kompas.com. 2017. “ Bayi Debora dan Dugaan Pekayanan Rumah Sakit yang Buruk”, diakses pada tanggal 24 Oktober 2017 dari <http://megapolitan.kompas.com/read/2017/09/10/08102111/bayi-debora-dan-dugaan-pelayanan-rumah-sakit-yang-buruk>
- Lintjewas, Olga, Femmy Tulusan dan Maxi Egeten. 2016. *Evaluasi Kebijakan Pemberian Bantuan Pengembangan Usaha Mina Perdesaan di Kabupaten Minahasa Selatan*. Edisi XX, Januari-Februari 2016.
- Lukman, Sampara. 2000. *Manajemen Kualitas Pelayanan*. Jakarta : STIA LAN.
- Malang Voice. 2016. “ *Home Care* masuk 99 Inovasi Layanan Publik Terbaik”, diakses pada tanggal 20 Oktober 2017 dari <http://malangvoice.com/home-care-dinkes-masuk-99-inovasi-layanan-publik-terbaik/>

- Miles, Matthew, B A. Michael Huberman dan Johnny Saldana. 2014. *Qualitative Data Analysis, A Methods Sourcebook Edisi Ketiga*. Sage Publications: Inc.
- Moloeng, Lexy J. 2012. *Metode Penelitian Kualitatif*, (Edisi Revisi). Bandung: Rosadakarya
- Moloeng, Lexy J. 2014. *Metodelogi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT.Remaja Rosadakarya
- Nugraha. 2004. *Good governance*. Bandung : Mandar Maju
- Permenkes RI No. 75 Tahun 2014. “Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75 Tahun 2014”, diakses pada tanggal 23 Oktober 2017 dari http://dinkes.sumutprov.go.id/img_perundangan/92PMK-No-75-Th-2014-tth-Puskesmas.pdf.
- Rohman, arif. 2009. *Memahami Pendidikan dan Ilmu Pendidikan*. Yogyakarta: LaksBangMediatama
- Sedarmayanti .2010. *reformasi administrasi publik, reformasi birokrasi dan kepemimpinan masa depan (mewujudkan pelayanan prima dan pemerintahan yang baik)* ed2. Bandung : PT. Refika Aditama.
- Setiadi, Nugroho J. 2003, *Perilaku Konsumen*. Kencana. Jakarta.
- Situmorang, Chazali H. 2016. *Program atau Kebijakan Publik (teori analisis, implementasi dan evaluasi kebijakan)*. Depok : SSID
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta
- _____. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- _____. 2011 *Memahamipenelitiankualitatif*. Candung: Alfabeta
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta
- Tjahjono Koentjoro. 2011. *Regulasi Kesehatan di Indonesia* ed 2. Yogyakarta : Andi.
- UU No.25 Tahun 2009. “Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009”, diakses pada tanggal 23 Oktober 2017 dari <http://ppid.jakarta.go.id/pergub/Undang-Undang-Nomor-25-Tahun-2009.pdf>.

UUD RI 1945 Pasal 28 H : 1. “Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945”, diakses pada tanggal 23 Oktober 2017 dari https://portal.mahkamahkonstitusi.go.id/elaw/mg58ufsc89hrsg/UUD_1945_Perubahan.pdf.

Wicaksono, Kristian widya. 2006. *Administrasi dan Birokrasi Pemerintah*. Yogyakarta : Graha Ilmu.

Widodo, Joko. 2009. *Analisis Kebijakan Publik (Konsep dan Aplikasi Analisis Proses Kebijakan Publik)*. Cetakan Ketiga Malang : Banyumedia Publishing.



Hasil Observasi Peneliti



Gambar 18. Wawancara dengan dr. T Prayitno Notohusodos selaku Kepala UPTD Puskesmas Turen

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti (2018)



Gambar 19. Wawancara dengan Ibu Dita Trisanintyas selaku Perawat Koordinator Program *Home Care* Permata

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti (2018)



Gambar 20. Dengan Ibu Rika selaku Bidan Desa Program *Home Care* Permata

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti (2018)



Gambar 21. Dengan bapak Wibisono selaku Perawat Desa Program *Home Care* Permata

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti (2018)



Gambar 22. Dengan Bapak Ngatiran selaku warga Penerima layanan program *Home care*

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti (2018)



Gambar 23. Dengan Ibu Masirah selaku warga penerima layanan program *home care*

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti (2018)



Gambar 24. Dengan bapak Latif selaku Kepala Dusun Desa Sanankerto

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti (2018)



Gambar 25. Kegiatan *Home care* dengan kasus bayi kuning

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti (2018)



Gambar 26. Kegiatan *home care* dengan kasus Hipertensi

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti (2018)



Gambar 27. Pembersihan jentik, salah satu kegiatan *home care*

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Peneliti (2018)

Pedoman Wawancara

1. Minta data struktur organisasi
2. Minta tupoksi dinas
3. Minta gambaran umum tentang puskesmas
4. Foto kegiatan
5. Bagaimana input program *home care*
6. Bagaimana sasaran program *home care*
7. Bagaimana tujuan program *home care*
8. Bagaimana proses dari program *home care*
9. Bagaimana pelaksanaan program *home care*
10. Bagaimana output program *home care*
11. Bagaimana hasil pelaksanaan program *home care*
12. Bagaimana outcome program *home care*
13. Bagaimana pelayanan dari program *home care*
14. Bagaimana kualitas pelayanan dari program *home care*
15. Bagaimana evaluasi program ini secara keseluruhan
16. Bagaimana evaluasi triwulan
17. Bagaimana evaluasi per semester atau 6bulan
18. Bagaimana evaluasi per tahunnya
19. Apa sajakah faktor pendukung dari program *home care*
20. Apa sajakah faktor penghambat dari program *home care*



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. KH. Agus Salim No. 7 Telp. (0341) 366260 Fax. (0341) 366260
MALANG - 65119

SURAT KETERANGAN

NOMOR : 072/405/35.07.207/2018

Untuk melakukan Survey/Research/Penelitian/KKN/PKL/Magang

Menunjuk : Surat dari Dekan Fakultas Administrasi Universitas Brawijaya Nomor:
1519/UN.10.F03.11.11/PN/2018 Tanggal: 8 Februari 2018 Perihal: Ijin
Riset/Survey

Dengan ini Kami **TIDAK KEBERATAN** dilaksanakan Ijin Riset/Survey oleh:

Nama / Instansi : Garnis Mega Purwantika
Alamat : Jl. MT. Haryono 163, Malang
Thema/Judul/Survey/Research : Evaluasi Program Home Care dalam Meningkatkan
Kualitas Pelayanan di Pukesmas Turen Kabupaten
Malang
Daerah/tempat kegiatan : di Pukesmas Turen Kab. Malang
Lamanya : 2 Bulan
Pengikut : -

Dengan Ketentuan :

1. Mentaati Ketentuan - Ketentuan / Peraturan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat supaya melapor kepada Pejabat Setempat
3. Setelah selesai mengadakan kegiatan harap segera melapor kembali ke Bupati
Malang Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Malang
4. Surat Keterangan ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas

Malang, 09 Februari 2018

An. **KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK**
Kepala Bidang Ideologi, HAM dan Wasbang

Kasubid Waswasan Kebangsaan

KUSWANTORO

Penata

NIP. 19680125 199203 1 004

Tembusan :
Yth.

1. Dekan Fakultas Administrasi Universitas Brawijaya Malang
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Malang
3. Kepala Puskesmas Turen Kec. Turen Kab. Malang
4. Mhs/Ybs
5. Arsip





**PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
DINAS KESEHATAN**



Jln. Panji No.120 Kepanjen Telp (0341) 393730-391621, Fax. (0341) 393731
Email : dinkes@malangkab.go.id website : http// dinkes.malangkab.go.id
MALANG

Malang, 15 Februari 2018

Nomor : 072/ ~~020~~ /35.07.103/2018
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Riset/Survey

Kepada :
Yth. Dekan Fakultas Ilmu Administrasi
Universitas Brawijaya
Di -

T E M P A T

Menjawab Surat dari Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya, Nomor 1575/UN10.F03.11.11/PN/2018, tanggal 05 Februari 2018 tentang Riset/Survey, dengan ini kami TIDAK KEBERATAN dilaksanakan Kegiatan tersebut oleh :

N a m a : Garnis Mega Purwantika
N I M : 145030101111008
Judul : *Ijin Evaluasi Program Home Care dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan*
Tempat Kegiatan : Puskesmas Turen Kab. Malang
Waktu Kegiatan : 15 Februari - 15 April 2018

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati peraturan / ketentuan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat kegiatan untuk melaporkan dan berkoordinasi kepada Pejabat yang terkait.
3. Melakukan **inform consent** secara tertulis sebelum dilakukan kegiatan kepada yang bersangkutan
4. Harus memegang azas rahasia (tanpa nama / identitas responden)
5. Mempresentasikan dan menyampaikan hasil penelitian di tempat penelitian
6. Setelah selesai melaksanakan kegiatan untuk melaporkan kembali kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang Cq. Diklat Litbang Dinas Kesehatan Kab Malang.
7. Surat ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

an KEPALA DINAS KESEHATAN
Sekretaris


Dra. SHANTI PURWANINGTYAS
 Pembina TK I
 NIP. 19651218 199211 2 001

Tembusan Yth:

1. Kepala Dinas Kesehatan (Sebagai Laporan)
2. Kepala UPT Puskesmas Turen Kab. Malang . . .
- ③ Sdr. Garnis Mega Purwantika

